

ÉTUDE CLINIQUE
SUR
L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE
DES OS LONGS

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Et soutenue publiquement le 1^{er} Août 1885
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN-FRANÇOIS PERRET

Né à Mions (Isère)



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE
52, Rue Ferrandière, 52

—
Août 1885

ÉTUDE CLINIQUE
SUR
L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE
DES OS LONGS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 1^{er} Août 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN-FRANÇOIS PERRET

Né à Mions (Isère)



LYON
IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

Août 1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	}	DOYEN.
BONDET.		
CROLAS.		ASSESEURS.
MONOYER		

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		TRIPPIER (LÉON).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	BOUCHACOURT.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.	}	GAILLETON.
Chimie minérale.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	}	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		GLÉNARD.
Zoologie et Anatomie comparée	}	CAZENEUVE.
Anatomie.		CAUVET.
Anatomie générale et Histologie.	}	LORTET.
Physiologie.		PAULET.
Pathologie interne.	}	RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	}	J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire	}	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale.	}	PONCET.
Hygiène		CHAUVEAU.
Thérapeutique	}	LACASSAGNE.
Pharmacie		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEURS ADJOINTS

Clinique médicale.	MM. RAMBAUD.
Cours complémentaire d'Accouchements	DELORE.

CHARGÉS DES CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. OLLIER, président; M. LÉON TRIPIER, assesseur; MM. DELORE et CHARPY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR OLLIER

AVANT-PROPOS

Nous nous sommes proposés, dans ce travail, d'étudier les phénomènes cliniques de l'ostéomyélite gommeuse des os longs.

Sans doute, cette étude sera incomplète, étant donnée la petite quantité de documents dont nous disposons. Néanmoins, les quelques observations que nous signalons, observations que nous avons pu recueillir grâce à l'extrême obligeance de MM. L. Ollier, L. Tripier, professeurs de clinique chirurgicale, D. Mollière et M. Pollosson, chirurgiens majors de l'Hôtel-Dieu de Lyon, nous permettent d'insister sur quelques caractères cliniques différentiels de cette lésion.

Nous nous appuyons, en outre, sur une étude anatomo-pathologique récente, publiée par M. le docteur, M. Gangolphe, chef de clinique chirurgicale (*Lyon-Médical* du mois de décembre 1884, ostéomyélite gommeuse des os longs).

Parmi les conclusions qui se trouvent à la fin de ce travail, il en est deux ou trois sur lesquelles notre ami a appelé notre attention; elles peuvent, en effet, servir à reconnaître, en clinique, la nature spécifique d'une affection osseuse, alors que les renseignements manquent de précision, ou bien que la constatation de la cicatrice caractéristique fait défaut.

Notre mémoire est divisé en trois chapitres : le premier contient les notes et renseignements que nous avons pu trouver dans la bibliographie sur les caractères et l'évolution clinique de l'ostéomyélite gommeuse des os longs.

Dans le deuxième chapitre se trouvent exposées avec quelques détails, les notions d'anatomie pathologique indispensables à cette étude.

Le troisième et dernier chapitre contient les observations que nous avons pu recueillir et l'analyse des faits cliniques déjà publiés.

C'est en nous basant sur ces diverses données que nous avons tenté d'établir une sorte de compte rendu des principaux caractères de l'affection qui nous occupe.

Bon nombre d'éléments de ce travail nous ont été fournis par notre ami le docteur Gangolphe; il nous a prodigué ses conseils avec une grande complaisance; nous tenons à l'en remercier publiquement.

Que M. le professeur Ollier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer notre profonde gratitude.

ÉTUDE CLINIQUE
SUR
L'OSTÉOMYÉLYTE GOMMEUSE
DES OS LONGS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Tandis que les lésions anatomo-pathologiques déterminées par le virus syphilitique, sur le squelette, étaient à peine connues, certains phénomènes cliniques, auxquels donnaient lieu ces localisations, étaient signalés par bon nombre d'auteurs et considérés même comme un des traits caractéristiques de la maladie.

Les principaux signes qui avaient attiré l'attention des observateurs étaient les douleurs ostéocopes, le gonflement et la tuméfaction des os.

Les premières mentions qui soient faites, dans les auteurs anciens, des altérations syphilitiques des os,

se trouvent dans Jean de Vigo (1514) et Fallope (1555).

« Il arrive, dit ce dernier (1), que des tumeurs apparaissent autour des articulations ou dans les os, au milieu du péroné ou du cubitus, ou à la tête qui porte alors, sous forme de couronne, les insignes du mal français. Parfois, les tumeurs contiennent une tumeur épaisse qui ressemble à la gomme, et c'est pourquoi on les connaît sous le nom de tumeurs gommeuses. Il y en a de deux sortes : les unes sont tophacées, remplies d'une matière presque pierreuse comme les tophi des os, ou semblables à celles qui forment le col des fractures ; les autres contiennent une matière plus molle. Celle-ci est tantôt lardacée, tantôt un peu moins épaisse, de la consistance de la bouillie ou du miel. »

Nous citerons ensuite les noms de Fernel, Astruc, Jean-Louis Petit, Hunter, comme s'étant occupés des lésions osseuses syphilitiques.

A une époque plus rapprochée de la nôtre, un grand nombre d'observateurs ont rapporté des faits de syphilis osseuse, ayant trait, pour la plupart, à des cas de fractures pathologiques. L'énoncé de ces diverses observations se trouve contenu dans la thèse de M. le D^r Gellé, 1883, ainsi que dans le mémoire de M. Gangolphe (*loc. cit.*).

Nous y relevons les noms de Marcus Donatus, de Sellien, 1776, d'Ant. Manzoni, 1795, d'Earle, 1822,

(1) *Dictionnaire-encyclopédique des Sciences médicales*, Dechambre, t. XIV, p. 326.

de Delpech, 1823, de Brodie, 1834, de Geisler, 1839, d'Arnott, 1840, de Breschet, 1842, de Venot, 1847, etc.

Plus récemment, l'ostéomyélite gommeuse a été étudiée, au point de vue clinique, par la plupart des syphiligraphes. Nous signalerons plus particulièrement MM. Ricord, Rollet, Fournier, Mauriac, Jullien, etc.

Dans son traité, Jullien (1), décrit certains phénomènes auxquels donnent lieu l'ostéomyélite gommeuse (douleurs ostéocopes).

« Ces algies diffèrent singulièrement de celles qui accompagnent les premières poussées; on les observe de préférence sur les os superficiels (crâne, tibia, clavicule, cubitus). Au début, ce n'est qu'un engourdissement sans siège défini, une sorte de gêne et de lourdeur de la région, mais bientôt les sensations se localisent et s'exaspèrent, la douleur devient atroce. Comparée à celle que produirait une vrille, l'action d'un marteau, d'un étau ou de tenailles déchirantes, elle revient la nuit par crises si terribles que les malades privés de tout sommeil, désespérés, ne tardent pas à ressentir des troubles sérieux de l'état général: pâleur, inappétence, gastralgie, constipation, incapacité de tout travail, tristesse. Cependant, la palpation la plus attentive ne fait pas reconnaître encore rien d'anormal, la surface de l'os ne présente pas de gonflement et parfois même reste

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*, par le Dr Louis Jullien, ch. xix, p. 648.

insensible à la pression. Il est de toute évidence qu'il s'agit dans ces cas d'altérations profondes des couches externes de l'os ou de la moëlle. Que l'on suppose, en effet, une ostéomyélite, une sclérose aboutissant au rétrécissement du canal médullaire, une gomme intra-osseuse et l'explication de ces douleurs devient facile. Au reste, dans la plupart des cas, pour ne pas dire dans tous, si la thérapeutique n'intervient pas, les lésions finissent par devenir apparentes. Livrées à leur marche naturelle, elles n'offrent, en effet, nulle tendance à la guérison ; combattues, elles résistent au mercure, mais peuvent céder à l'iodure de potassium ; quelquefois cependant elles restent rebelles à cet agent ; c'est dans un de ces cas qu'Ollier obtint un beau succès par la trépanation de l'humérus. »

Cette description, dans laquelle se trouvent si bien mises en évidence les douleurs ostéocopes, peut être considérée, si on y ajoute le gonflement consécutif presque partout signalé, comme résumant les notions cliniques actuellement admises.

Ce sont là certainement des phénomènes qui ont une grande importance ; mais à côté d'eux, il en est d'autres sur lesquels nous insisterons particulièrement, parce qu'ils permettent d'établir beaucoup plus facilement le diagnostic différentiel. Du reste, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature d'une lésion, ce n'est pas un signe isolé qui doit éclairer le chirurgien, mais ce doit être un ensemble de faits qui doivent conduire à la notion exacte de la nature de la maladie.

L'étude clinique nous montre, en effet, que dans certaines circonstances, les douleurs ont pu faire défaut, le gonflement manquer totalement et la fracture spontanée être le premier indice de l'altération profonde du segment osseux.

Rien, du reste, n'est plus variable que le symptôme douleur dans les affections du tissu osseux ; il ne constitue pas à lui seul un caractère différentiel. Il en est de même du gonflement qui peut être plus ou moins marqué et qui surtout passe inaperçu, si on ne le recherche pas avec attention ; faut-il ajouter que le gonflement et la douleur ne coexistent pas forcément.

D'autre part, toutes les fois qu'une irritation, quelle qu'en soit la nature, provoque une sécrétion osseuse sous périostique ou qu'il y ait un séquestre central consécutif à une inflammation aiguë (ostéomyélite infectieuse) ou plus ou moins chronique (tuberculose) que la dégénérescence sarcomateuse se soit emparée d'un segment osseux, le même phénomène de tuméfaction se présentera au clinicien.

Dans sa publication, M. le Dr Gangolphe, se basant sur ses recherches anatomo-pathologiques, insiste sur la sécheresse des lésions et l'absence de séquestre de quelque étendue dans les cas d'ostéomyélite gommeuse. Ces signes nous paraissent avoir d'autant plus de valeur qu'ils concourent à établir un diagnostic précis.

On trouve, à vrai dire, quelques aperçus disséminés dans les auteurs. Dans l'article os, Heydenreich insiste sur ces caractères, d'une façon assez nette,

pour que nous croyons devoir reproduire le passage ci-dessous (1) :

« La nécrose syphilitique se voit plutôt sur les os plats que sur les os longs. Parmi ces derniers, Gosselin n'a guère rencontré que le cubitus et le péroné qui fussent atteints. La nécrose est déjà plus rare sur le radius et le tibia ; elle l'est encore davantage sur l'humérus ou le fémur (p. 307). D'autre part, dans certaines nécroses syphilitiques, les séquestres, au lieu d'être éburnés, sont creusés de nombreuses cavités remplies d'un détritux caséeux.

Il est probable que ces cavités ont contenu autrefois des nodules gommeux, et Virchow estime même que telle est l'origine de toute nécrose syphilitique. Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, Cornil et Ranvier ont démontré que la mort de l'os souvent résulte d'une ostéite condensante, poussée jusqu'à l'oblitération des canaux vasculaires. Follin fait remarquer que dans les nécroses syphilitiques, par exemple, les nécroses superficielles des os du crâne, on trouve une disposition serpigineuse qui rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou demi-annulaires.

« Il est des cas où l'affection devient rapidement suppurante nécrosique, sans que l'on ait pu constater d'une façon bien évidente la période gommeuse. Cette variété ne s'observe que sur les os minces qui entrent dans la composition des cavités olfactives, savoir les cornets, la cloison, les os propres du nez,

(1) *Dict. encyclopédique des Sciences méd.*, t. IV, pp. 305 et 307.

l'apophyse palatine du maxillaire supérieur et le palatin lui-même. Cette forme sur laquelle nous avons peu de renseignements est celle surtout qui fait admettre l'existence d'une carie syphilitique. Nous avons déjà fait remarquer que cette hypothèse est fort peu probable.

« Il est remarquable d'une façon générale que les gommes des os donnent rarement lieu à une suppuration abondante. Nous avons vu qu'elles peuvent déterminer de notables pertes de substance, sans la moindre suppuration. Dans le cas contraire, en dehors de certaines circonstances spéciales, la suppuration reste limitée à quelques points isolés. »

Nous avons tenu à citer ce passage *in extenso* puisqu'on y trouve signalée l'absence de suppuration et de séquestres. Néanmoins, cette description basée sur des faits cliniques ne nous paraît pas viser les localisations de la syphilis sur les os longs.

Il en est de même de l'article « syphilis » (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, t. I, 1883), de M. Arthur Van Harlingen.

Cet auteur reproduit la description de Jullien citée précédemment et insiste comme lui sur les caractères des douleurs ostéocopes. Les notions anatomo-pathologiques contenues dans cet article paraissent se rapporter exclusivement à la syphilis des os du crâne ou de la face. Décrivant l'infiltration gommeuse diffuse, il en retrace les caractères de la façon suivante :

« Cette forme d'affection osseuse syphilitique est caractérisée par un dépôt plus ou moins général de

substance gommeuse diffusée dans les parties profondes ou superficielles de la substance osseuse. Cette infiltration est bientôt suivie d'un travail de résorption, lequel, sous l'influence du traitement, peut amener la disparition complète du produit morbide, ou bien, quand l'affection est abandonnée à elle-même, peut amener la nécrose et l'élimination d'un séquestre. Quelquefois les choses prennent une autre tournure ; au lieu de déterminer la destruction d'une partie de l'os, l'affection peut donner naissance à du tissu nouveau. Dans le corps de l'os le processus prend le nom d'ostéite condensante ; à la surface, il détermine la production d'ostéophytes et d'exostoses.

L'ostéite plastique est l'accompagnement constant de l'action néoplasique ; elle se montre au voisinage immédiat de la néoplasie et comme la conséquence d'une irritation modérée.

« Il résulte de cette inflammation plastique que les lacunes et les cavités que laisse après sa disparition la néoplasie syphilitique se remplissent et se combrent d'une substance nouvelle. L'os revient ainsi à sa densité normale, qui est quelquefois même dépassée.

« Dans ce dernier cas, il se fait de l'éburnation, les canaux de Havers s'oblitérent et il peut se faire de l'hyperostose qui atteint quelquefois un degré tel, que sur le crâne les os peuvent avoir un pouce d'épaisseur.

« Quand le processus va un peu plus loin, la nutrition est compromise et la portion de l'os malade se nécrose et est rejetée sous forme d'un séquestre éburné. »

Plus loin, l'auteur ajoute :

« Comme nous l'avons dit, la nécrose est assez souvent la conséquence de l'affection gommeuse des os. La suppuration, les phlegmons, les ouvertures à bords renversés, les fistules, les pertes de substance de la peau sont les conséquences apparentes de la nécrose syphilitique. Elle ne diffère pas sous ce rapport des autres nécroses. Quelquefois, un séquestre est entouré et enclavé dans les tissus sus-jacents hypertrophiés comme dans une portion de l'os éburné qui l'entoure. »

Ainsi que nous l'établirons dans le chapitre suivant, plusieurs points de cette description sont défectueux et ne s'appliquent en aucune façon aux lésions gommeuses des os longs. L'auteur se contente de citer à ce sujet les deux planches de Ricord, et c'est en vain que nous avons cherché, dans sa description clinique, un alinéa consacré à la question que nous étudions.

Il envisage successivement la syphilis des vertèbres cervicales, les lésions crâniennes, orbitaires, du nez, du maxillaire, des doigts ; nulle part les localisations sur les membres.

Ainsi que le fait remarquer M. Gangolphe, la littérature syphilitique, riche en documents sur les lésions des os du crâne, de la face, sur les lésions héréditaires infantiles est relativement très pauvre pour l'ostéomyélite des os longs.

Virchow (1) insiste peu sur l'ostéomyélite gommeuse, et, tout en admettant l'exactitude des des-

(1) *Virchow's Archiv*, 15 Bd.

criptions de Ricord (1) reconnaît n'avoir pas eu l'occasion d'observer de pareilles lésions à l'état frais. Toutefois, plus tard (2), il aurait observé un cas d'ostéomyélite gommeuse très étendue du tibia avec hyperostose périphérique. Dans un autre fait analogue, l'hyperostose était remarquable :

« Les couches de nouvelle formation, formées par le périoste, étaient d'abord sclérotisées, ensuite poreuses, raréfiées, formant une élévation décolorée, une espèce d'atrophie excentrique, difficile à reconnaître au premier abord. »

Rokitansky, Forster, Meier, Siegmund admettent que le processus gommeux peut se développer dans les os longs, aussi bien sous le périoste que dans la profondeur de l'os et déterminer de l'hyperostose, de la carie, de la nécrose, ou bien guérir par résorption. Siegmund estime que le diagnostic d'ostéite gommeuse est délicat et doit être fait avec réserve sur le vivant.

Dans son traité de la syphilis, Lanceraux pense que les productions gommeuses de la cavité médullaire des os longs sont rarement notées, à cause de la négligence que l'on apporte généralement dans l'examen anatomique du tissu osseux.

En suivant toujours l'ordre chronologique, nous voyons que les ouvrages de Zeissl, Orth, Baumler ne font mention d'aucun nouveau fait.

M. Cornil, dans ses *Leçons sur la syphilis*, 1879, n'étudie que les lésions de la face et du crâne.

(1) *Clinique iconographique*, Paris, 1851, pl. 28, 39 bis.

(2) *Traité de la syphilis constitutionnelle*, 1862.

Enfin, dans son *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1879, p. 867, M. Jullien reconnaît que l'évolution de la gomme est moins connue dans l'intérieur des os, et particulièrement des os longs.

Il faut arriver à la publication du mémoire de Chiari, de Pragues, pour trouver une série d'observations nécroscopiques véritablement intéressantes, bien que peu détaillées. Sur vingt-sept sujets atteints de syphilis acquise ancienne, neuf fois il trouva des lésions ; nous devons ajouter qu'il n'a pu sur tous faire un examen complet du squelette. Sa conclusion est que les gommes centrales médullaires des os longs sont plus fréquentes qu'on ne le croit habituellement, qu'elles sont le plus souvent multiples, et qu'il n'est pas rare qu'elles restent à l'état latent pendant la vie, et qu'on les découvre seulement pour la première fois à l'autopsie.

M. Gangolphe s'est attaché, dans une série d'articles publiés dans le *Lyon-Médical*, 1884, à tracer les caractères anatomo-pathologiques différentiels de l'ostéomyélite gommeuse des os longs. S'appuyant sur les observations de Chiari, de Méricamp, de Tierfelder, et celles plus anciennes de Ricord et sur des faits personnels, il arrive à formuler diverses conclusions qu'il est inutile de reproduire ici.

Ce sont les résultats de ses recherches que nous exposerons dans le chapitre suivant.

Enfin, pour terminer cet aperçu historique, nous devons encore signaler les noms de Volkmann, Borel, Gellé, Picqué, Charpy.

CHAPITRE II

CARACTÈRES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE

L'ostéomyélite gommeuse des os longs peut être diffuse ou circonscrite : cette division comprend les lésions du début ou bien celles qui ont évolué vers la guérison, l'enkystement.

Le plus souvent multiples, les foyers d'ostéomyélite n'envahissent pas seulement plusieurs segments du squelette, mais peuvent souvent se présenter disséminés sur le même os dans la substance médullaire, dans le tissu spongieux.

L'autopsie de vingt-un sujets a donné les résultats suivants : dix fois les lésions siégeaient sur le fémur, neuf fois sur le tibia, sept fois sur le radius et huit sur l'humérus, et cependant ces chiffres ne représenteraient pas exactement la multiplicité des lésions, puisqu'on n'a pas toujours fait un examen complet du squelette. C'est pour ce motif, qu'il est également difficile de préciser leur siège le plus fréquent ; elles paraissent cependant occuper aussi souvent le canal

diaphysaire que le tissu spongieux des épiphyses.

Lorsque le syphilome est diffus, quand une diaphyse entière est envahie, les lésions se présentent avec l'aspect suivant :

1° SYPHILOME DIFFUS

Non seulement la diaphyse est doublée, triplée de volume sur une étendue variable, mais les parties molles avoisinantes (muscles, tissu cellulo-grasieux, aponévroses) peuvent subir plus ou moins la transformation gommeuse. Atrophiés, pâles, gris rougeâtres, les muscles sont adhérents au périoste sous-jacent et à leur gaine aponévrotique. Le tissu cellulaire intermusculaire est épaissi, scléreux.

Dans quelques cas rares, une ou deux fistules, donnant issue seulement à quelques gouttes de sérosité purulente, conduisent par des trajets sinueux jusqu'à la lésion centrale. Après avoir mis à nu le périoste, on voit qu'il est épaissi et irrégulièrement adhérent à l'os sous-jacent. Tandis que, en certains points, il n'est pas besoin de la rugine ou du détachement, ailleurs, il est impossible de le séparer complètement du tissu osseux.

Cette différence s'explique par ce fait, qu'ici le périoste est séparé de l'os par une couche de substance gommeuse, là, au contraire, il est très adhérent à cause des expansions fibreuses qui partent de sa face profonde.

L'aspect extérieur de l'os dépouillé de son périoste est des plus caractéristique. Que son volume soit

doublé ou triplé, que sa forme soit devenue globuleuse en massue ou en fuseau, on observe toujours, à côté d'ostéophytes nombreux, irréguliers, plus ou moins aigus, des vacuoles, des perforations de nombre et de dimensions variables. Les plus petites d'entre elles méritent seules le nom de porosités, vermoulure ; mais ces dénominations ne conviennent pas à celles dont le diamètre plus considérable mesure jusqu'à 8 et même 10 millimètres.

La planche 2 du mémoire de M. Gangolphe donne une idée exacte de l'aspect de ces orifices. Arrondis ou ovalaires, à bord mousse ou légèrement rugueux, ils constituent comme des vestibules, dans lesquels viennent s'ouvrir un grand nombre d'orifices plus petits. Cette disposition est comparable à celle des orifices de la paroi interne de la caisse du tympan, du vestibule osseux ou de la partie profonde du conduit auditif interne. A l'état frais, ces cavités sont comblées en partie par une substance analogue à celle qui remplit les espaces sous-périostiques et la cavité médullaire (substance gélatineuse au début, caséuse ou fibro-caséuse plus tard), en partie par d'épaisses travées fibreuses qui partent de la face profonde du périoste pour s'enfoncer plus ou moins profondément dans l'os.

Une coupe parallèle au grand axe de la diaphyse permet de découvrir différents détails des plus intéressants. Tandis que dans certaines parties l'os est hyperostosé jusqu'à l'éburnation, ailleurs il est d'une fragilité extrême ; de telle sorte que, malgré son augmentation de volume, il présente une diminution de

résistance des plus marquées. Cela s'explique facilement par l'irrégularité extraordinaire de consistance et de densité que présente la nouvelle ossification dont le périoste a fait à peu près tous les frais. Parsemé de lacunes quelquefois très étendues, parcouru par des tunnels qui mettent en communication la substance gommeuse sous-périostique avec le néoplasme central, l'os peut être fracturé par le moindre effort.

Virchow (*loc. cit.*) a observé cette atrophie excentrique de l'hyperostose.

MM. Cornil (*loc. cit.*) et Poulet signalent également cette raréfaction des exostoses crâniennes. Dans une communication à la Société de chirurgie, M. Poulet insiste sur l'existence de petites galeries spiroïdes, creusées dans l'épaisseur des os du crâne atteints de syphilis. Ces galeries finiraient par amener la séquestration d'une partie de l'os qui se trouverait ainsi avoir perdu ses connexions vasculaires.

Lorsque le processus syphilomateux a évolué vers la guérison, ou bien lorsque l'os nouveau résultant de l'irritation médullaire centrale, n'a pas été envahi à son tour par les traînées gommeuses, on observe une hyperostose diaphysaire plus ou moins étendue. Loin d'être diminuée, la résistance du segment osseux est considérablement accrue, ainsi que nous avons pu l'observer sur les pièces déposées au laboratoire d'anatomie pathologique par M. Gangolphe. Cette hyperostose n'est pas caractéristique par elle-même, mais si on constate à la surface de l'os ainsi éburné quelques traces d'ostéophytes et de vacuoles,

si en même temps, il n'y a pas de séquestre apparent, il est vraisemblable que l'on a affaire à une lésion syphilitique. La raréfaction et l'éburnation coexistent la plupart du temps sur le même os, ce qui n'empêche pas cependant à chacun de ces caractères de s'y rencontrer isolément sur certains points.

Il ne faut pas considérer l'hyperostose diaphysaire avec éburnation, comme formant une variété d'ostéomyélite gommeuse, puisque ce caractère d'éburnation se rencontre souvent dans les affections osseuses qui n'ont rien de commun avec la syphilis, l'ostéomyélite infectieuse par exemple.

Autour des séquestres qui existent toujours, lorsqu'on a affaire à cette dernière maladie, et sur une étendue souvent très considérable, la dyaphyse est très augmentée de volume, éburnée et trouée seulement de quelques rares et larges orifices, désignés le plus communément sous le nom de cloaque.

L'hyperostose observée sur les os syphilitiques, nous paraît devoir être considérée plutôt comme l'expression d'une période de l'évolution de la maladie que comme une forme spéciale d'ostéite.

Il résulte donc de ce que nous venons de dire que l'éburnation des os, considérée isolément, ne permet pas d'établir la nature spécifique des lésions, et qu'il faut y joindre l'ensemble des autres caractères sur lesquels nous insistons actuellement. Il nous a paru important de nous appesantir quelque peu sur ce détail anatomo-pathologique, nous y reviendrons encore lorsque nous parlerons de la nécrose sur des os syphilitiques.

La portion du canal médullaire occupée par la lésion est très notablement dilatée, et forme une cavité principale assez irrégulière, communiquant avec les espaces lacunaires intra-osseux et sous-périostiques qui n'en sont que des diverticules secondaires. Il est très facile de faire pénétrer, de l'extérieur à l'intérieur de l'os, un corps souple, un crin, par exemple, en lui faisant suivre un de ces diverticules. Sur un os sec et macéré, on se rend très facilement compte de ces détails ; sur un os frais, la substance gommeuse forme une injection naturelle qui rend cette disposition évidente.

Le tissu morbide, de consistance habituellement molle, offre un aspect variable suivant la période d'évolution de la lésion. D'aspect gélatineux, mixomateux, un peu rosé, il peut ultérieurement se caséifier dans certaines de ses parties ou en presque totalité.

La coloration est sans doute un caractère grossier ; cependant, chaque fois qu'ils l'ont indiquée, les observateurs se sont servis des mots : jaune d'or, jaune rosé, jaune rouillé, ocre. Il y aurait donc une différence d'aspect notable entre les détritits syphilomateux et la dégénérescence habituellement blanchâtre de la tuberculose.

Ajoutons que la caséification peut être à peine notable dans les cas de petits foyers, et d'autre part, elle est généralement assez peu étendue dans l'ostéomyélite gommeuse.

Le tissu syphilomateux plus ou moins caséeux qui remplit le canal médullaire, les boyaux intra-osseux

et les diverticules sous-périostiques est souvent accompagné de brides fibreuses assez résistantes. Ces expansions conjonctives paraissant venir de la face profonde du périoste, s'enfoncent dans les tunnels osseux et sillonnent en le cloisonnant le foyer médullaire. En soumettant à un courant d'eau cette région et en la débarrassant ainsi du détrit, on se rend bien compte de l'existence de ces petites cloisons fibrillaires. Cette disposition n'est pas toujours extrêmement marquée. Cependant, à la périphérie du noyau syphylomateux, à la face profonde de l'os, on trouve, surtout si la lésion est ancienne, une véritable coque conjonctive.

Des pièces macroscopiques, des coupes histologiques, que nous a montrées M. Gangolphe, nous paraissent à ce point de vue des plus concluantes.

S'il est un fait remarquable parmi ces divers caractères anatomo-pathologiques, c'est la rareté, nous allions dire l'absence habituelle de séquestre de quelque étendue. Un fémur peut présenter, sur une hauteur de plus de 20 c., les altérations les plus diffuses, et sa résistance peut être diminuée, au point qu'une cause insignifiante en détermine la fracture ; cependant ces parties osseuses, raréfiées, trouées, sont vivantes, non mobiles et ne méritent nullement la qualification de séquestre. Si l'on introduit un stylet dans l'un des orifices qui trouent la coque diaphysaire, on arrive sur une masse de substance molle, nulle part sur une portion osseuse nécrosée.

A vrai dire, s'il est étonnant de ne pas voir cette ostéite raréfiante s'accompagner de séquestres, cela

devient presque paradoxal, lorsqu'il s'agit d'une hyperostose étendue de l'os, de la totalité du fémur par exemple. Sur une coupe d'un os ainsi éburné, on découvre généralement çà et là quelques vestiges de tunnels intra-osseux, mais nulle part de séquestres.

C'est là un fait d'autant plus remarquable, que d'après les auteurs qui se sont occupés des lésions syphilitiques crâniennes l'éburnation serait une des causes principales de la nécrose. Pour les os longs, le processus syphilitique différerait donc complètement à ce point de vue de ce qu'il est sur les os plats. Nous reviendrons, du reste, sur cette question dans notre troisième chapitre.

À côté de l'absence de séquestres, nous devons noter aussi l'absence presque constante de suppuration. Elle n'existait chez aucun des sujets sur lesquels M. Gangolphe a recueilli ses pièces.

Il faut rapprocher ces deux faits, ils sont des plus remarquables, étant donné surtout l'étendue des lésions qui existent dans ces différents cas. Nous pensons que si la suppuration est absolument exceptionnelle, cela tient justement à ce que son existence est la plupart du temps en rapport connexe de la nécrose. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point, que nous devons cependant signaler dans notre chapitre d'anatomie pathologique.

2° OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE CIRCONSCRITE

Lorsque l'altération syphilomateuse n'intéresse pas la majeure partie d'une diaphyse, qu'elle existe

seulement sur un point circonscrit, deux cas peuvent se présenter : ou bien la lésion qu'on observe est une ostéomyélite gommeuse circonscrite, parce qu'elle est au début, mais pourrait affecter ultérieurement le caractère diffus, ou bien le foyer est resté limité par suite d'un processus de sclérose fibreuse et osseuse périphériques.

1° Occupant le centre du canal médullaire, ou seulement une de ses parties latérales, le tissu syphilomateux se présente avec les caractères que nous indiquions précédemment, c'est-à-dire qu'il est gélatineux, rosé, avec quelques points jaunâtres caséifiés, très petits. Par son aspect, il tranche nettement sur la coloration habituellement jaunâtre, grasseuse de la moelle avoisinante. S'il est encore très limité, la coque diaphysaire peut être indemne; mais s'il acquiert seulement le volume d'un gros pois, on observe généralement, en même temps qu'une raréfaction de la partie avoisinante de la coque diaphysaire, une sécrétion osseuse sous-périostique plus ou moins abondante.

La raréfaction et l'ossification nouvelle suivent une marche parallèle et sont en corrélation absolue. L'augmentation de volume que présente alors l'os est le premier indice extérieur, objectif de la lésion de l'irritation centrale.

Il résulte de la production d'os nouveau, alors que l'os ancien disparaît, que pendant un certain temps la résistance du segment osseux n'est pas altérée. La lésion augmente-t-elle? L'os nouveau est à son tour envahi, perforé, détruit, et la fracture spontanée est

la conséquence obligée d'une pareille altération.

L'ostéomyélite gommeuse devient diffuse et s'offre à nous avec les caractères précédemment décrits.

Le processus s'arrête-t-il au premier degré de son évolution? On note alors l'état suivant :

2° Il est bien rare que l'ostéomyélite gommeuse, restée circonscrite, ne se révèle pas par une tuméfaction diaphysaire.

Néanmoins, on comprend facilement que si le foyer est petit, s'il a déterminé seulement une faible sécrétion sous-périostique, et si, d'autre part, il est entouré de masses musculaires volumineuses (bras, cuisses), le gonflement sera moindre et difficilement perçu.

Cependant, le mémoire de Chiari renferme un fait de gomme intra-médullaire de l'humérus, grosse comme un haricot et n'ayant déterminé aucune modification extérieure appréciable.

Habituellement, le canal médullaire, plus ou moins dilaté au niveau du foyer, est occupé par un tissu jaunâtre ou jaune rosé constituant un petit foyer, limité tantôt par un travail de sclérose fibreuse, d'autres fois, tantôt par une ossification d'étendue variable du tissu médullaire. On peut observer au-dessus et au-dessous de la dilatation du canal central un rétrécissement dû très vraisemblablement à cette ossification médullaire. Si la lésion est de date très ancienne, la consistance du tissu morbide est très légèrement augmentée, on peut trouver plus tard, en pareil cas, à la place occupée par la gomme, une cicatrice rayonnée, formée par du tissu scléreux, lardacé.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Les examens histologiques ont donné des résultats assez concordants, pour qu'il soit possible de songer à la possibilité d'un diagnostic différentiel des lésions syphilitiques osseuses.

Sans vouloir insister sur ces caractères différentiels et leur attribuer plus de valeur que ne le permet le petit nombre d'examens pratiqués à ce point de vue, voici cependant, en résumé, les caractères de ces lésions :

Sur une coupe d'un syphilome médullaire, on distingue les détails suivants (1) :

« A une certaine distance de la lésion, la moelle présente ses caractères normaux ; mais à mesure que l'on examine des parties plus rapprochées du foyer, on voit les vésicules adipeuses disparaître et être remplacées par des cellules embryonnaires. La vascularisation augmente, et déjà se dessine nettement une sorte de trame fibrillaire, très fine, adénoïde en certains points, plus épaisse, franchement fibreuse ailleurs. Dans cette zone, existent de nombreux capillaires dilatés, variqueux, remplis de globules sanguins. Ça et là, foyers hémorragiques disséminés. Plus près du centre, les cellules embryonnaires à noyaux peu colorés font place à de petites cellules rondes (cytoblastions de Robin), nombreuses, pres-

(1) Mémoire de M. Gangolphe.

sées, remplissant les mailles de la trame fibrillaire. Sur certains points, elles paraissent se désagréger, pour former un détrit^{us} granuleux. Irrégulièrement disséminées au milieu de ces petites cellules rondes, existent quelques éléments cellulaires arrondis ou très légèrement fusiformes, à noyau coloré. Tout à fait au centre, le tissu fibrillaire devient de plus en plus délié pour disparaître même dans les parties les plus altérées, tandis que ses mailles ne contiennent plus qu'une substance granuleuse, dégénérée, amorphe. Les capillaires, très nombreux dans la zone la plus extérieure, sont de plus en plus rares et manquent dans la zone franchement caséeuse. Suivant la remarque de M. Cornil, le système vasculaire ne nous a pas paru sensiblement altéré. M. Leloir signale cependant un épaississement des parois vasculaires, l'obstruction des vaisseaux par des cellules endothéliales proliférées et des globules blancs altérés. Ces lésions vasculaires sont certainement infiniment moins prononcées que celles que l'on observe dans les processus tuberculeux.

Le noyau gommeux se développe-t-il dans le tissu spongieux, on note dans la zone extérieure une ostéite raréfiante des plus manifestes : les lamelles osseuses présentent les érosions lacunaires caractéristiques, les cellules adipeuses qui remplissent les espaces médullaires disparaissent pour faire place aux cellules et au tissu adénoïde décrit précédemment. Comme dans la moelle, il se fait à la périphérie un travail de limitation scléreuse, tandis qu'au centre se produit la caséification. Les fibrilles, entre-

croisées en divers sens, forment comme des broussailles et paraissent provenir en s'irradiant, ici d'un fragment osseux en voie de destruction, là du pourtour d'un capillaire. Lorsque la lésion se trouve peu éloignée du cartilage diarthrodial, celui-ci présente les signes ordinaires de la chondrite.

ÉVOLUTION ET PATHOGENIE DE L'OSTÉOMYÉLITE
GOMMEUSE

La division des lésions gommeuses en ostéopériostite et ostéomyélite, admissible pour les os plats, nous paraît discutable et insuffisamment prouvée pour les os longs. Aussi, nous semble-t-il indiqué de faire quelques réserves sur ce point. Jusqu'à présent, aucun fait anatomique ne démontre l'existence d'une altération gommeuse sous-périostique, superficielle de l'os, la moelle restant indemne. Lorsqu'il existe une tuméfaction diaphysaire, on a l'habitude de donner à la lésion la dénomination de périostite ou encore de périostose et cependant, à notre avis, il existerait toujours, en pareil cas, une cause centrale d'irritation intra-médullaire, ayant déterminé secondairement la tuméfaction osseuse.

Dans l'article Syphilis de l'*Encyclopédie internationale* se trouve une planche représentant un avant-bras déformé par la tuméfaction de son squelette : au-dessous, se trouve l'indication de périostite, nodule osseux de l'avant-bras dans la syphilis héréditaire. Il est infiniment probable qu'il s'agit là d'une

gomme ayant amené la déformation ampullaire d'un des deux os de l'avant-bras.

Pellizari et Volkmann rapportent chacun deux faits à peu près identiques : dans les deux cas, le processus était né manifestement dans la moelle et s'étendait progressivement à la périphérie.

Les pièces que nous avons eues à notre disposition démontrent qu'il y a eu constamment une lésion centrale lorsque l'os est augmenté de volume. Par suite, il est logique de supposer que l'altération, primitivement cantonnée dans le canal médullaire, s'étend ensuite aux parties avoisinantes, très probablement par l'intermédiaire des canaux de Havers, espaces médullaires minuscules, qui mettent si largement en communication la moelle sous-périostique et la moelle centrale. On doit encore considérer la fréquence des lésions centrales médullaires, leur existence souvent isolée (ostéomyélite gommeuse circonscrite) comme une preuve de la localisation primitive de la maladie au centre de l'os.

Lorsque le processus évolue vers la guérison ; soit spontanément, soit surtout, comme le démontre l'observation clinique, sous l'influence d'un traitement spécifique, il est vraisemblable de penser que les perforations, les tunnels, les trous diminuent de nombre et de calibre, en même temps que se produit un travail de sclérose osseuse et fibreuse. C'est ainsi que se produisent ces hyperostoses étendues avec éburnation dont on reconnaît seulement la nature à l'autopsie, en tenant compte de la persistance de quelques tunnels intra-osseux, d'ostéophytes péri-

phériques plus ou moins marqués et surtout de l'absence de séquestres.

Si l'on envisage ces lésions à un point de vue plus général, il est possible de les interpréter comme résultant d'une inflammation spécifique localisée sur la moelle au même titre que sur les organes lymphoïdes.

Nous considérons, en effet, comme admise l'opinion de certains auteurs (L. Tripier, Bizzozero, etc.) qui rangent le tissu osseux médullaire à côté des tissus lymphatique, splénique, amygdalien, etc.

Nous trouvons, en effet, dans le traitement des maladies vénériennes (pp. 648-649), de M. Jullien, les lignes suivantes, relatives aux lésions observées dans la période secondaire sur le système nerveux :

« On trouvera sans doute étonnant que nous décrivions à cette place les lésions qui vont nous occuper ; mais on ne saurait contester aujourd'hui que les os ne jouent un rôle important dans le rôle de l'hématopoïèse. »

« Les cellules médullaires, si parfaitement semblables aux globules blancs du sang, sont, à n'en pas douter, des cellules lymphatiques. Au reste, la présence au sein de ces éléments de granulations rouges ou brunes, détritiques probable de l'hémoglobine, permet de penser que les globules rouges subissent dans la moelle un processus destructif absolument comparable à celui qui se passe dans la pulpe splénique. Dès lors, pourquoi séparerions-nous les lésions médullaires de celles qui peuvent atteindre le parenchyme de la rate ? Que ceux, du reste, qui seraient tentés de nous reprocher le rôle prépondérant que

nous attachons à l'élément lymphatique ou mieux lymphoïde, jusque dans les maladies superficielles de l'os, veuillent bien se souvenir que, même chez les sujets arrivés au terme de leur croissance, la face interne du périoste est doublée d'une mince couche médullaire formant avec celle de la moelle un tout continu, de telle sorte que l'os peut être considéré comme baigné dans cette substance. Ces données physiologiques que tous les auteurs spéciaux ont eu tort de négliger jusqu'ici, vont nous rendre singulièrement intelligibles les lésions précoces du squelette.

« Quoi de plus rationnel, en effet, que d'attribuer le soulèvement du périoste à la tuméfaction de la couche médullaire qui le tapisse et qui, fatalement, comme la rate, comme les amygdales ou tout autre organe lymphoïde, subit l'influence du virus ; et ces douleurs, dont l'os devient le siège vers la même époque, ne dénotent-elles pas qu'un semblable phénomène, se passant au sein de la moelle, met en jeu la sensibilité de cet organe, si vive, on le sait, à l'état pathologique ? »

Nous croyons d'autant plus ces considérations applicables aux manifestations tertiaires osseuses que sur l'un des sujets dont nous publions l'observation (obs. VI) les ganglions intra-abdominaux et la rate offraient une augmentation de volume très remarquable.

INFLUENCE DE L'OSTEOMYÉLITE GOMMEUSE SUR LE
DÉVELOPPEMENT DES OS QUI EN SONT ATTEINTS

Les premières indications relatives à l'influence de l'ostéomyélite gommeuse se trouvent dans le mémoire M. Gangolphe.

Nous ajoutons à ces faits les résultats des mensurations pratiquées sur les malades dont nous rapportons les observations.

D'une manière générale, on peut dire que l'accroissement des os ainsi lésés n'est pas notablement modifié, si, comme cela se présente le plus souvent, le sujet a dépassé vingt-cinq ou trente ans. Mais s'il s'agit de lésions acquises ou héréditaires, ayant débuté dans la période d'évolution du squelette dans le bas-âge, on peut observer des arrêts d'accroissement d'autant plus marqués que la lésion aura déterminé une altération plus grande de la zone juxta-épiphysaire.

Le sujet, âgé de soixante-un ans, dont l'observation est relatée dans le mémoire de M. Gangolphe, qui présente des lésions si étendues, avaient ses fémurs de la même longueur. Ces deux os étaient cependant inégalement atteints, le gauche étant presque intact. Il en est de même dans les observations VII et VI.

Il est rare de voir une affection osseuse chez l'adulte déterminer un accroissement en longueur. Cependant, dans un mémoire publié en 1878, dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. le professeur Ant.

Poncet, nous trouvons un fait qui prouve que l'accroissement interstitiel est possible dans quelques cas. Il est question, dans une observation recueillie dans le service de M. le professeur Gailleton, d'une femme de quarante-un ans, atteinte depuis deux ans d'une ostéo-arthrite syphilitique du coude droit.

A l'autopsie, les deux membres étant complètement dépouillés des parties molles et mesurés comparativement, on trouva l'humérus malade plus long de 8 millimètres.

D'autre part, Petersen (*Saint-Petersbourg, med. Wochen*, 1880, n° 47, p. 383-5), à propos d'un cas d'absence partielle du radius chez un homme syphilitique, admet qu'il s'agit, en pareil cas, non d'un vice de conformation congénital, mais d'une difformité reconnaissant la syphilis pour cause. Le radius gauche était réduit à l'état de cordon fibreux, reliant la tête radiale à l'apophyse styloïde ; le cubitus existait, mais avait 1 centimètre de moins que l'autre. Le sujet était un adulte, syphilitique depuis l'âge de deux ans et demi, ne présentant pas d'autres anomalies ; les doigts étaient normaux.

Petersen a réuni, à cette occasion, les faits d'absence du radius ; sur vingt-quatre cas, deux fois la syphilis est notée et c'est dans ces deux cas seulement que la main était normale. Dans tous les autres, il y avait des anomalies dans le nombre et la disposition des doigts.

CHAPITRE III

CARACTÈRES CLINIQUES DE L'OSTÉOMYÉLITE GOMMEUSE

Au début de cette étude, nous avons insisté sur la nécessité de grouper les symptômes de l'ostéomyélite, dans le but d'arriver à un diagnostic précis.

La douleur, la tuméfaction osseuse qui constituent en résumé les notions cliniques actuellement admises sur ce point, méritent sans doute de figurer dans un tableau symptomatique ; mais, à côté, doivent se placer l'absence habituelle de suppuration ; le défaut de nécrose étendue que nous avons pu observer dans les différents faits soumis à notre analyse. Il est un troisième point sur lequel nous aurions pu insister davantage, si les observateurs avaient plus souvent noté ce détail, nous voulons parler de l'absence d'engorgement ganglionnaire dans la région correspondante à la lésion osseuse.

Nous avons recherché avec soin, sur les divers malades, l'état des ganglions ; jamais ils ne nous ont

paru être hypertrophiés, et, en tous cas, ils n'étaient pas plus volumineux que ceux du côté opposé. Tels sont les divers caractères cliniques différentiels que nous avons cru pouvoir adjoindre aux symptômes classiques précédemment signalés.

Notre étude se base sur l'examen analytique de quarante et une observations publiées par divers auteurs et rassemblées dans le mémoire de M. Gangolphe, sur sept observations personnelles ou inédites, et enfin sur quelques faits nouvellement publiés.

Sans doute, un certain nombre de ces observations *sont incomplètes et laissent beaucoup à désirer* relativement à la précision clinique ; néanmoins, leur étude est des plus instructives, et nous permet de présenter le résumé suivant de l'appareil symptomatique habituel de l'ostéomyélite gommeuse.

Age. — La plupart des malades avaient dépassé la moyenne de la vie.

C'est surtout dans la période de 30 à 50 que les lésions diaphysaires ont été observées. Il est difficile de dire si ces lésions étaient d'origine héréditaire ou acquise ; trop d'observations sont muettes sur ce point. Cependant, cliniquement, ce serait là un fait d'une assez grande importance : on sait qu'au point de vue anatomo-pathologique, l'identité est presque complète entre les lésions tertiaires, héréditaires, tardives, et la syphilis acquise. Dans plus de la moitié des cas, c'est de cette dernière qu'il s'agit.

Date de l'apparition des lésions après l'infection. — Le plus habituellement, c'est après une période assez longue que se manifestent les lésions du tissu

osseux : chez une malade, il s'écoula trente ans entre le moment de l'infection et le développement apparent de l'ostéomyélite gommeuse. Chez un autre, c'est deux ans après le chancre qu'elle apparut. Ce sont là les deux dates les plus extrêmes qui se soient présentées à nos recherches.

Période de début. — Douleur. — A la période secondaire, les douleurs se manifestent dans les membres, persistent un temps variable, puis disparaissent sans laisser de traces appréciables. A la période tertiaire, les douleurs présentent le même caractère, peuvent se montrer de nouveau et constituer alors un des premiers indices de l'ostéomyélite gommeuse. Si la douleur n'est pas un symptôme avec forme absolument différentielle, elle se présente cependant avec une fréquence telle, que nous la trouvons signalée dans l'immense majorité des cas (vingt-neuf fois sur quarante-neuf) ; une seule fois elle n'existe pas. Le reste du temps elle n'est pas signalée, les observations étant incomplètes.

Occupant la continuité de l'os et surtout ses extrémités, cette douleur est des plus variables comme intensité, tandis que certains sujets éprouveront des souffrances absolument intolérables, d'autres au contraire, ne ressentiront que par intervalles des maux fugaces, légers, insuffisants pour faire supposer une altération profonde du tissu osseux. Suivant leur siège et leur intensité, ces douleurs sont souvent prises pour des douleurs rhumatoïdes ou encore pour des névralgies. Témoignant des modifications pathologiques subies par la moelle osseuse, elles consti-

tuent le premier symptôme apparent de la maladie.

Un traitement spécifique intervient-il en ce moment ? L'affection peut avorter, sinon l'os présente des modifications extérieures telles, qu'au symptôme subjectif (douleur) vient s'ajouter le gonflement.

Gonflement. — A la période médicale de la maladie succède en quelque sorte la période chirurgicale. Les douleurs ont pu se manifester sur la plupart des segments osseux, mais généralement c'est le plus spécialement sur certains points, sièges de lésions centrales qu'apparaît l'hyperostose. Le siège des lésions est des plus variables :

En relevant les indications que nous fournissent nos observations, nous trouvons, sur 49 malades :

Fémurs.....	26	fois
Humérus.....	28	—
Tibias.....	18	—
Radius.....	10	—
Sternum.....	3	—
Clavicule.....	16	—
Rotule.....	1	—
Côtes.....	3	—
Cubitus.....	2	—
Omoplates.....	4	—

Ces chiffres sont loin de représenter exactement la *multiplicité* des lésions, car, dans la plupart des cas, on a fait un examen très incomplet du squelette. C'est une lacune d'autant plus regrettable qu'il est à présumer que bon nombre de lésions centrales évoluent d'une façon latente, donnant lieu seulement à quelques douleurs ostéocopes, mais sans provoquer à la péri-

phérie de la diaphyse des modifications capables d'attirer l'attention.

Sans doute, ce sont là des circonstances exceptionnelles ; néanmoins l'anatomie pathologique a démontré l'existence de cicatrices gommeuses intra-médullaires, sans hyperostose de voisinage.

Dans l'immense majorité des cas, le gonflement ne tarde pas à s'ajouter au symptôme douleur ; mais c'est là encore un élément de diagnostic qui peut faire défaut, si on ne le recherche avec attention. Facilement appréciable au tibia, à la clavicule, l'hyperostose passe facilement inaperçue à la partie supérieure du fémur ou de l'humérus. C'est ainsi que, dans plusieurs observations, l'autopsie a révélé l'altération profonde du squelette dans des points supposés indemnes.

Nous avons insisté, dans le précédent chapitre, sur le mécanisme habituel de cette augmentation de volume de l'os. Sans vouloir y revenir, nous ferons remarquer seulement que la tuméfaction extérieure est pour ainsi dire le reflet palpable de l'altération centrale. S'agit-il d'une ostéomyélite au début, ou bien d'une altération localisée ? L'os sera le siège d'une tuméfaction plutôt globuleuse, circonscrite. Si, au contraire, on est en présence de la forme diffuse, le gonflement sera fusiforme. Dans certains cas, le périmètre de la région malade sera supérieur au périmètre correspondant de 5 ou 6 centimètres.

Ce gonflement est plutôt régulier ; néanmoins, quand il s'agit d'un os superficiel (tibia cubitus), on peut, par la palpation, sentir de petites saillies mamelonnées, dues à des ostéophytes.

La palpation de la région tuméfiée est généralement indolente, et même en percutant avec le doigt, on ne parvient pas à réveiller de la douleur ; c'est là un fait remarquable, si on le rapproche surtout de l'intensité excessive quelquefois des algies spontanées occupant ce même point.

La consistance du tissu osseux n'est généralement pas altérée, à moins cependant que le tissu gommeux, ayant détruit la majeure partie de la coque diaphysaire, ne vienne se placer, pour ainsi dire, au-dessous des téguments.

La main, appliquée sur la région qui est le siège de la douleur, ne révèle souvent pas de modification de température. Ce signe, qui fait habituellement défaut lorsqu'il s'agit d'un travail inflammatoire chronique, existe au moment d'une poussée plus aiguë.

OBSERVATION I

Recueillie dans la Clinique chirurgicale de M. le professeur Tripiér et due à l'obligeance de M. Françon, interne du service.

Courty (François), trente-trois ans, cordonnier, né à Montpellier, entré le 26 mai 1885. Père et mère bien portants ; un frère mort de la variole, un frère et une sœur en bonne santé.

Accidents scrofuleux dans son enfance ; croûtes dans les cheveux, maux d'yeux, vue faible, jusque vers quatorze ans pas de maladie.

Vers quinze ans, son métier de maçon l'obligeait à appuyer fréquemment son genou contre un échafaudage ;

c'est à cela qu'il attribue la douleur qu'il éprouva dans le genou et la tuméfaction qui suivit. Il dut cesser son travail. Malgré une application de sangsues, la douleur persista et s'étendit même à toute la jambe droite. Il se forma alors, au niveau du tiers supérieur du tibia des abcès qui suppurèrent pendant deux mois; deux séquestres furent éliminés, l'articulation du genou fut prise, et elle est restée ankylosée.

Après un séjour aux bains de mer, la plaie fut complètement cicatrisée. Il se porta ensuite très bien, ne souffrant que par intervalles et surtout pendant la nuit, lorsqu'il avait fait des excès alcooliques.

Il y a environ huit ans, il ressentit des douleurs à la partie moyenne du tibia; il eut une adénite inguinale; tout cela disparut par l'application d'une pommade iodurée.

Il y a cinq ans, il eut une blennorrhagie et un chancre sur le prépuce; il eut de la balanoposthite, des plaques muqueuses à la gorge et des croûtes dans les cheveux. L'évolution de la syphilis fut assez bénigne; il ne s'est jamais bien porté depuis; au moindre excès, il voyait revenir ses accidents.

Il y a trois ans, il s'aperçut tout à coup d'une tuméfaction dans l'aisselle droite; celle-ci s'abcéda et donna issue à du pus; l'orifice se recouvrait d'une petite croûte, que le malade enlevait, il sortit de nouveau du pus, et la douleur qu'il éprouvait à ce niveau était très atténuée. L'orifice se referma au bout d'un an.

Il y a trois mois, sa jambe droite devint le siège de douleurs violentes, surtout au lit; il se fit une tuméfaction au niveau de la partie moyenne. Il alla à l'Antiquaille et pendant son séjour, il s'élimina un nouveau séquestre, puis la plaie se cicatrisa rapidement.

Il sortit alors de l'Antiquaille, mais huit à dix jours après sa sortie, il ressentit des douleurs violentes, pendant la nuit surtout, dans les deux bras et dans le dos. Des frictions de pommade camphrée et de l'iodure à l'intérieur amenèrent une amélioration; il voulut reprendre son travail, mais la

douleur est revenue plus violente que jamais, et il rentre à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel :

Genou droit : ankylose rectiligne. Jambe droite : la face interne du tibia est déformée vers son tiers supérieur. De beaucoup élargie, elle présente des dépressions et des saillies de consistance très dure ; au niveau des cicatrices, des points par où se sont éliminés les séquestres. Nulle part la pression n'est douloureuse, sauf la partie moyenne, où existe une tuméfaction de la largeur d'une pièce de 5 francs. En ce point, la peau est chaude et tendue ; consistance très ferme, pas de fluctuation.

Bras droit : sur la paroi externe du creux axillaire, cicatrice d'un ancien abcès.

La partie moyenne du bras droit est le siège d'une tuméfaction considérable : peau rouge, tendre, sensation de chaleur. La pression est douloureuse, surtout au niveau de la partie externe du bras ; l'humérus semble atteint, en raison de la consistance très ferme de la tuméfaction ; pas de fluctuation.

Aucun point douloureux dans l'articulation du coude ; les mouvements ne sont difficiles que par les tiraillements qu'ils nécessitent sur le bras.

Bonne santé habituelle ; un peu d'enrouement de la voix, qu'il attribue aux excès de boisson et de tabac.

Rien au cœur ni aux poumons.

Ce malade a été soumis dès son entrée à un traitement à l'iode.

2 juin. Le traitement fait disparaître le gonflement et la douleur du bras ; les mouvements du coude deviennent possibles.

Le mieux s'accroît de jour en jour, et on envoie le malade à la maison de convalescence.

Cette observation est d'un grand intérêt pour la thèse que nous soutenons. En effet, le malade en

question nous offre les deux types bien différents d'ostéomyélite. Une première fois, avant sa syphilis, on voit le pus, les séquestres, l'adénite générale ; et la maladie résiste à l'iodure.

Dans le second cas, au contraire, après qu'il a été contaminé, de pus et de séquestres point, pas d'inflammation de ganglions, seuls le gonflement et la douleur avec un peu de chaleur de la peau ; puis tout rentre dans l'ordre lorsqu'on lui a administré pendant quelques jours seulement, 4 grammes d'iodure....

Le plus habituellement les tissus qui avoisinent l'hypérosthose sont intacts ou ne sont guère altérés que dans le cas de lésions d'ostéomyélite diffuse. Nous avons noté dans l'anatomie pathologique l'état des tissus musculaires et fibreux, nous ajouterons que la peau ne fait pas exception à cette règle générale et se trouve le plus habituellement intacte.

Mobile sur les tissus sous-jacents, de coloration normale dans la plupart des cas, elle est d'autres fois violacée, plus ou moins adhérente aux parties profondes. Enfin dans les cas rares où il y a élimination de la gomme osseuse et guérison, une cicatrice peut remplacer une plus ou moins grande étendue du tégument. Ce sont là des faits exceptionnels et ceci nous amène à parler de l'absence habituelle de toute suppuration.

Suppuration. — De l'analyse des observations publiées, il résulte que la suppuration est en effet l'exception et que lorsqu'elle se manifeste, elle présente généralement des caractères spéciaux. Sur un total de quarante-neuf, nous relevons seulement sept

faits dans lesquels il y eut formation de fistules et issue de liquide en quantité variable. Du reste, à l'appui de nos assertions, nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer les observations suivantes :

OBSERVATION II

Résumée du mémoire de M. Gangolphe. (*Loc. cit.*)

L..., quarante-trois ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 26 mai 1881, pour une fracture sous-trochantérienne de la cuisse gauche. Un an avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a ressenti des douleurs dans les épaules et les hanches, et il y a deux mois, ces douleurs devinrent si intenses, qu'il est obligé de se mettre au lit. Il se levait depuis quelques jours seulement, lorsque hier, marchant à l'aide de béquilles, l'une d'elles glissa et détermina la chute. cause de la fracture. A son entrée, on constate tous les signes d'une fracture sous-trochantérienne du fémur gauche. Le raccourcissement est de 5 à 6 centimètres. Placé dans une gouttière, avec appareil à traction, le membre fracturé, soixante-dix jours plus tard, n'offre qu'une consolidation très imparfaite; le cent-dixième jour, consolidation tout aussi imparfaite que précédemment. Mais, dans l'intervalle de ces deux examens, l'état général est devenu moins bon; perte d'appétit, amaigrissement. Les douleurs qui avaient presque disparu se sont montrées de nouveau dans les membres supérieurs et dans les inférieurs. Impossibilité de fléchir la cuisse droite sur le bassin. La fracture est le siège d'une tuméfaction notable se prolongeant en haut et au côté interne de la cuisse. Légère douleur à la pression de la région tuméfiée. Œdème notable du membre inférieur gauche. Notons enfin une augmentation de volume appréciable des ganglions inguinaux des deux côtés et des ganglions cer-

vicaux. Le 6 octobre, le malade prend un érysipèle facial qui aggrave son état, et le 22 octobre, il meurt dans un état cachectique des plus marqués.

RÉSUMÉ. — *Autopsie* : Le tissu cellulaire du membre inférieur gauche est infiltré ; les muscles sont jaune rougeâtre. Pas de suppuration.

La fracture paraît avoir été oblique de haut en bas et de dehors en dedans ; il est très difficile de déterminer la direction en raison de l'altération de forme que présentent les fragments.

Le périoste, très épais, se détache facilement du tissu osseux sous-jacent.

Après une section longitudinale de l'os, on voit le canal médullaire remplacé par une cavité de forme assez irrégulière anfractueuse, contenant une substance molle comme du mastic, variant de la couleur jaune rosé à la couleur jaune safran.

En faisant une incision pour arriver sur la capsule, on trouve les ganglions inguinaux avec une hypertrophie marquée, mais fermes, durs et non suppurés ; le rebord cotyloïdien érodé et le fibro-cartilage arraché dans les points correspondant à ces érosions. Des coupes portant sur la tête et le col du fémur démontrent l'extension de l'ostéite sur toute la longueur.

Dans la tête fémorale existent plusieurs petites portions nécrosées jaunâtres.

En examinant le reste du squelette, on trouve l'articulation coxo-fémorale droite avec un peu de sérosité purulente ; érosions de la cavité cotyloïde sur plusieurs points.

L'humérus droit présentait au centre de sa tête une masse blanc jaunâtre diffuse à bords mal limités. La substance jaune infiltrait le tissu osseux, mais ce dernier ne s'était pas résorbé, il était simplement raréfié. Lésion de la dimension d'une pièce de 1 franc et intégrité du cartilage articulaire.

OBSERVATION III

Résumée du mémoire de M. Gangolphe. (*Loc. cit.*)

X..., soixante-un ans, amené par les gardiens de la paix à l'Hôtel-Dieu, le 18 avril 1884. Admis dans un service de médecine, il passa ensuite dans le service de M. D. Mollière, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. Au dire des personnes qui l'ont amené, cet individu aurait eu une attaque et se serait cassé le bras en tombant. Il a succombé le 22 avril, sans sortir jamais du coma dans lequel il était plongé depuis son entrée. Il présentait de l'œdème des membres inférieurs et du scrotum. C'est à l'autopsie que se sont révélées des lésions syphilitiques multiples.

Humérus droit. Trait de fracture oblique de haut en bas, de dehors en dedans, avec extrémités des fragments amincies, comme atteintes d'ostéite raréfiante.

A chaque extrémité fragmentaire, moelle rougeâtre indurée. Périoste se décollant très facilement. Périmètre dépassant de 2 cent. celui du côté sain. Eburnation sur quelques points. Le canal médullaire a disparu presque complètement sur le fragment au voisinage de la fracture; il est seulement indiqué par des espaces lacunaires plus considérables; 3 ou 4 cent. plus loin, il reparait avec un caractère nouveau.

Fémur droit. Périmètre au niveau du petit trochanter : 18 cent. 1/2. Le col et la tête du fémur paraissent intacts. Le tissu musculaire avoisinant est jaune rougeâtre et adhère beaucoup au périoste sous-jacent. Ce dernier est très épaissi et se sépare facilement du tissu osseux. Ailleurs, au niveau du grand trochanter, ce n'est qu'à grand'peine qu'on peut le détacher, et de sa face profonde partent d'épais trousseaux fibreux qui s'enfoncent dans les orifices creusés à la surface de la diaphyse. Arrondis ou ovalaires, de 3 à 10 mill.

de diamètre, ils forment comme des vestibules dans lesquels viennent s'ouvrir de nombreux petits canaux.

A part ces trous, il existe des dépressions et des petites saillies ostéophytiques. L'os ancien et l'épaisse couche d'os nouveau sont raréfiés, parcourus par des tunnels de divers calibres qui font largement communiquer la substance molle sous-périostique avec la masse centrale. L'épaisseur de l'os nouveau est très variable. Le canal médullaire est irrégulièrement dilaté. Sur des coupes fraîches, toutes les dépressions périostiques, les lacunes extra-osseuses, la cavité centrale paraissent remplies d'un tissu plus résistant que la moelle normale, d'une coloration grisâtre. En certains points, cette substance est légèrement rosée.

Le fémur gauche présente des lésions à peu près analogues à celles que nous venons de décrire, seulement il ne reste plus que des vestiges des orifices, qui paraissent avoir existé sur le fémur gauche comme sur le droit. On ne voit plus que des dépressions arrondies, assez peu nombreuses du reste, et qui ne permettent pas de faire pénétrer un crin ou un brin de paille de l'extérieur aux parties profondes.

L'os ancien et l'os nouveau ne sont pas raréfiés, mais éburnés. Le canal médullaire est irrégulièrement rétréci et loin de se prolonger en se dilatant jusqu'à la base du col, comme celui du côté droit, il disparaît complètement à 5 cent. au-dessous du bord supérieur du grand trochanter. La résistance de l'os est considérablement augmentée.

OBSERVATION IV

Thèse Durenil. Paris, 1870. Thèse Moricamp, 1882.

Résumé. — Femme de quarante-un ans, entrée le 4 avril 1874, service de M. Fournier. Chancre infectant en 1856. Actuellement, accidents osseux tertiaires multiples. Sur aucun des points atteints du squelette on ne voit se développer

d'abcès ni s'éliminer des séquestres. Après être restée plusieurs années dans un état de santé satisfaisant, la malade, rentrée de nouveau dans le service de M. Fournier, s'affaiblit progressivement et succombe. A l'autopsie, on constate des lésions osseuses multiples et récemment étendues (crâne, humérus g., clavicule g., sternum, fémur g., tibia d.) qui se présentent avec des caractères tout à fait semblables à ceux indiqués dans nos deux observations précédentes. Il n'y avait ni collection purulente ni séquestre. Nous renvoyons pour plus de détails à l'observation si complète et si intéressante de M. Méricamp.

OBSERVATION V (1)

Gros foie, Grosse rate, Ostéomalacie, Syphilis héréditaire,
par M. Tissier, interne des hôpitaux.

Taken (Léon), découpeur sur or, entré le 8 novembre 1883, salle St-Jérôme, lit n° 2.

Antécédents héréditaires. — Le père, d'une vie quelque peu désordonnée, serait mort d'une maladie des voies urinaires. Eût-il la syphilis ? L'interrogatoire de la mère ne permet pas d'arriver à rien de précis sur ce sujet. La mère arthritique (urticairé, dyspepsie flatulente, coliques hépatiques et craquements articulaires), bien portante actuellement, ne présenta jamais de maux de gorge ni d'éruptions cutanées durables. Elle eut quatre enfants : deux petites filles mortes à deux ou trois ans ; il reste (outre notre malade) un grand garçon de trente ans, tousseur, peut-être tuberculeux. Jamais elle ne fit de fausse couche et tous les accouchements eurent lieu à terme.

Antécédents personnels. — A six ans, il fut admis à l'hôpital Ste-Eugénie pour le gros ventre. On lui aurait fait à ce

(1) *Progrès médical*, 2 mai 1885.

moment une ponction ayant donné issue à du liquide jaunâtre transparent. Plus tard, à Genève, en 1871, il eut une affection très indéterminée du membre inférieur gauche; une contracture survenue rapidement, qu'on dut traiter par le redressement brusque de la jambe et l'extension continue. L'enfant était tout jeune et ne peut fournir des détails bien circonstanciés. Après un traitement très long, il put marcher, aller et venir, mais il n'a jamais beaucoup grandi depuis ce moment. Il y a quatre ans, à l'âge de quinze ans, souffrant de faiblesse dans les membres inférieurs et de coliques violentes, il se fit admettre à l'hôpital St-Louis dans le service de M. Pean qui le fit passer presque immédiatement chez M. Ollivier où il demeura dix-neuf mois. Enfin, il y a presque deux ans, il fut reçu à l'hôpital Lariboisière et resta plusieurs mois dans le service de M. Siredey, où il eut deux poussées d'érysipèle qui faillirent l'emporter. On constatait alors à peu près tous les signes que nous signalons aujourd'hui : gros ventre, ictère, affaiblissement des membres inférieurs. Le petit malade quitta l'hôpital en avril 1883, puis il est revenu il y a deux mois à la consultation de M. Siredey. Depuis plusieurs semaines sa faiblesse s'était accrue, les membres inférieurs refusaient de le porter, la difficulté de marcher augmentait chaque jour et dernièrement, il a fait une chute qui le fait encore souffrir dans tout le côté gauche..

Etat actuel. — C'est un petit garçon tout chétif et souffreteux, de taille exigüe, 1 m. 30 cent., malgré ses dix-neuf ans, très maigre, membres grêles et muscles atrophiés, ni barbe sur le visage, ni poils au pubis. Les organes génitaux ont subi un arrêt de développement, la verge est minuscule et le testicule gauche, dur comme un noyau de cerise, est gros comme un haricot. Le testicule droit n'est pas descendu dans le scrotum; on note aussi la coloration jaune plombée bistrée des téguments et franchement ictérique des conjonctives. La tête est symétrique, sans déformation natiforme; l'ogive palatine est normale et les dents, en assez bon état, ne présentent aucune crênelure ni irrégularité. Aux yeux, il n'existe

aucun vestige de kératite ancienne ni d'irrégularité pupillaire. Intelligence conservée intacte.

Du côté du thorax. — Elasticité remarquable du squelette costal, rien au cœur ni au poumon, rien à la colonne vertébrale.

Abdomen. — Il est énormément distendu, surtout à la partie antérieure, il est sillonné de deux grosses veines médianes, qui font suite aux veines superficielles très dilatées des membres inférieurs et vont rejoindre celles de la paroi thoracique. A la vue, le développement du ventre paraît à peu près régulier; par la palpation et la percussion, on limite dans l'hypochondre droit, s'avancant dans la région de l'épigastre, une tumeur mate, lisse à bords tranchants, qui n'est autre que le foie notablement augmenté de volume et rejoignant en dedans, dans la région ombilicale, une autre tumeur, celle-ci extrêmement volumineuse remplissant l'hypochondre gauche, descendant dans le flanc du même côté. Cette tumeur n'est autre que la rate hypertrophiée.

Les membres inférieurs sont assez fréquemment tachetés d'un semis purpurique assez discret, ils sont d'une égale longueur, le côté gauche présente un raccourcissement évident, vérifié par la mensuration et qui porte à la fois sur la cuisse, la jambe et même le bassin atrophié de ce même côté. Tout ceci vient peut-être d'une paralysie atrophique de l'enfance? Il faut remarquer que le fémur du côté droit présente dans le tiers supérieur de la diaphyse un épaississement appréciable, ce qui cause en partie la différence de diamètre des deux cuisses.

Pas d'hypertrophie des différents groupes ganglionnaires du cou de l'aîne et de l'aisselle.

Le D^r Siredey, d'accord avec M. le professeur Duplay, accepte cette idée que, dans l'espèce, il s'agissait de manifestations syphilitiques héréditaires. En conséquence, on institua le traitement spécifique.

Le 10 janvier, frictions d'onguent napolitain aux aines, deux grammes d'iodure de potassium par jour. Au bout de

sept jours on fut obligé de cesser le traitement, parce que les gencives, en mauvais état auparavant, se ramollirent, l'haleine devint fétide et qu'une éruption miliaire hydrargyrique apparut aux aines. M. le docteur Fournier vint à son tour examiner le malade et déclara qu'on était, à n'en pas douter, en présence d'un cas de syphilis héréditaire.

Le 25 janvier, on reprit le traitement iodo-mercurique, puis on fut obligé de le cesser le 29, pour des motifs énoncés plus haut. On le reprit le 3 février, on lui donna, en outre, deux cuillerées de sirop de Gibert par jour. Nouvelle interruption le 13 février.

Dans les derniers jours de février, l'épaississement du fémur, qui n'avait pas beaucoup attiré l'attention s'accusa davantage et peu à peu la cuisse droite augmenta de volume dans des proportions notables.

Vers les premiers jours de mars, elle présente à la partie externe une sensation molle de fluctuation tellement apparente, que tout le monde crût à une collection liquide, due selon toute probabilité à la suppuration de la périostite. Cependant il n'y avait pas de fièvre et les douleurs dans la cuisse n'étaient pas très violentes.

Le 15 mars, le professeur Duplay fit en dehors de la cuisse, à la réunion du tiers supérieur avec le tiers moyen une large et profonde incision qui, à la grande surprise du chirurgien et des assistants, ne donna écoulement qu'à du sang. La plaie se cicatrisa rapidement derrière un pansement de Lister légèrement compressif et sous l'effet peut-être du débridement, la cuisse diminua très vite de volume, mais le fémur resta d'une façon appréciable plus gros qu'il n'était en janvier. Avril, mai, juin, juillet n'apportèrent pas de changement. On essaya à plusieurs reprises le traitement spécifique, mais on fut obligé de l'abandonner à cause de l'intolérance du malade.

On se borna à lui administrer quelques préparations toniques. Le malade devint de plus en plus faible et dut garder le lit d'une façon absolue.

En août, dans les premiers jours, la tuméfaction de la cuisse réapparut comme au mois de mars, avec tension extrême des téguments, douleur profonde et toutes les apparences de la fluctuation la plus franche. M. le D^r Regnier, suppléant le professeur Duplay, fut appelé, et bien que prévenu de la déception précédemment éprouvée, déclara qu'il s'était vraisemblablement formé une collection de pus autour de l'os malade, à laquelle on devait donner écoulement. L'incision pratiquée le 8 août ne fut pas plus heureuse que la première, et, en dépit de toutes les explorations du stylet, ne donna issue qu'à du sang. La plaie fut pansée comme la première et se cicatrisa. Mais l'affaissement de la tumeur fut moins marqué qu'après la première incision, et les douleurs persistèrent sourdes et tenaces. Peu à peu, la santé générale s'altéra, l'appétit se perdit, les digestions devinrent difficiles; puis, en octobre, la cuisse prit à sa partie supérieure un développement énorme, les veines sous-cutanées formaient des lacis bleuâtres serrés, comme au niveau des tumeurs de mauvaise nature; le pli fessier et le pli inguinal s'effacèrent, la peau rougit légèrement et la sensation de fluctuation revint plus nette que jamais. La nuit, les douleurs, jusqu'à ce jour supportables, devinrent extrêmes, non seulement au niveau de la région tuméfiée, mais tout le long du fémur jusqu'au genou. La pression des doigts au niveau de l'épiphyse inférieure cause autant de souffrances qu'au niveau de l'épiphyse supérieure. Le 15 octobre, le professeur Duplay donne un nouveau coup de bistouri qui, cette fois, fait sortir une assez grande quantité de sanie sangui-nolente et purulente; la tumeur s'aplatit légèrement, mais il est évident qu'on n'a vidé qu'un foyer développé au milieu d'un tissu de néoplasme. Le fémur est masqué derrière une coque épaisse et résistante de tissus qui englobent toute son extrémité supérieure, et qui pénètrent, en s'irradiant, les diverses couches musculaires interposées jusqu'à la peau. L'enfant fut un peu soulagé par la dernière opération; on laissa un drain à demeure pour faciliter l'évacuation com-

plète du foyer hématique. Vers la fin du mois de juin, le drain, de jour en jour raccourci, fut enlevé et la plaie se referma.

Le 8 novembre, le malade eut une diarrhée violente avec vomissements abondants : c'était le début de l'épidémie cholérique, et on hésita quelques instants sur l'interprétation de la nature de ces accidents. Sous l'influence de la médication éthéro-opiacée les troubles gastro-intestinaux disparurent, mais les forces ne revinrent pas. Quinze jours plus tard, nouvelle diarrhée avec vomissements incoercibles, et malgré une médication bien entendue, la mort survint deux jours après, le 25 novembre.

Autopsie. — Thorax : pas d'épanchement dans les plèvres ni le péricarde.

Des adhérences assez nombreuses, mais peu résistantes fixent le poumon droit à la paroi.

Rien de remarquable pour le cœur.

Dans la cavité abdominale, pas de péritonite ; pas d'adhérences entre les divers replis péritonéaux.

La rate et le foie font un relief manifeste, bien qu'infiniment moins marqué que durant la maladie. La rate est d'un tissu ferme et sclérosé ; la capsule gris bleuâtre, épaisse, qui l'enveloppe, légèrement ridée, présente à sa partie inférieure une plaque gris blanchâtre épaisse de quelques millimètres, tache laiteuse d'ancienne date. On voit quelques trainées blanchâtres de sclérose interstitielle sur la coupe de la rate. Echancrée légèrement sur son bord antérieur, cette dernière mesure, de haut en bas, 24 centimètres, et d'avant en arrière 6 centimètres et demi. Son poids est de 1,380 grammes. Le foie, jaunâtre à sa surface, est gros eu égard à la taille et aux dimensions du corps du sujet ; nulle part, sur sa coupe, de foyer gommeux ou purulent.

L'estomac et l'intestin ne laissent apercevoir aucune lésion syphilitique. La culture de la raclure intestinale dans le bouillon de bœuf gélatinisé et peptonisé donne naissance à un grand nombre de colonies très réfringentes qui se comportent

dans les tubes stérilisés comme les cultures de bacilles du choléra et qui sont en effet reconnues, après coloration à la fuschine, pour des bacilles en virgule manifestes.

Les reins sont gros et mollasses; leur surface est légèrement adhérente à la capsule et se laisse déchirer par la décortication.

Rien de particulier à la vessie.

Le testicule du côté gauche est petit, dur comme une bille. Celui du côté droit n'était pas descendu et n'a pas été retrouvé dans le ventre.

Pas d'altération du côté du cerveau et de ses enveloppes.

Fémur droit. — C'est d'abord une masse musculaire envahie par des trainées gris blanchâtre et de tissu lardacé, irrégulièrement réparti dans la cuisse. On ne trouve aucun foyer de sang et de pus.

Puis on arrive sur le fémur ramolli dans sa totalité et légèrement enflé à son épiphyse inférieure. A la partie moyenne, on constate une fracture spontanée; le périoste est en partie décollé et au-dessous se meut un fragment osseux de 8 c. 5, ramolli comme le reste de l'os, il n'est pas tout à fait libre et indépendant, rattaché par quelques brides fibreuses lâches et quelques lamelles d'os ramolli au corps du fémur par en haut et par en bas. Sa surface est piquée d'un grand nombre de petits pertuis et de fins sillons ressemblant à des vermoulures par où s'échappe, à la pression, une bouillie médullaire rougeâtre abondante. Ce piqueté et ces petites rugosités existent encore à la surface de l'os, au-dessus du fragment, moins accusées. Tout autour du fémur, le périoste, assez adhérent, est très épaissi; notamment à la partie inférieure, près de la bifurcation de la ligne àpre, il présente un épaissement quasi nodulaire gris rosé, de consistance élastique, s'enfonçant dans le tissu osseux ramolli et se confondant avec lui.

Ce tissu de néoformation à la même apparence que le tissu des fusées intra-musculaires décrites plus haut et semble être du tissu gommeux.

A la coupe longitudinale du fémur, le canal médullaire

apparaît considérablement agrandi, rempli de moelle rouge fœtale au milieu de laquelle court de haut en bas une rigole sinueuse dilatée en certains points, rétrécie en d'autres, contenant une substance caséuse couleur terre glaise foncée ou de matière fécaloïde.

Les articulations de la hanche et du genou sont saines.

Tibia droit. — Il a, comme le fémur, une consistance molle, élastique, remarquable, telle qu'on peut le couper longitudinalement avec de simples ciseaux, sans effort, comme du carton mouillé. A sa surface, pas de production périostique ni ostéophytique ; à la coupe, le canal médullaire, extraordinairement agrandi, contient une moelle rouge très vascularisée. A la partie inférieure, un peu au-dessus de la malléole, la moelle est plus pâle et sur une étendue de 5 à 6 c., contraste singulièrement par sa coloration jaunâtre sur la couleur rouge vif de la moelle des parties supérieures.

Le péroné est mou et flexible comme un os décalcifié, il ne présente pas d'autres altérations.

L'articulation coxo-fémorale gauche est normale et le fémur, de ce côté, très mou, comme tous les autres os du squelette, n'offre aucune particularité autre à signaler.

Nous avons reproduit cette observation en entier, parce que différents détails anatomo-pathologiques, macroscopiques surtout, concordent d'une façon complète avec les données que nous indiquons.

OBSERVATION VI

Accidents syphilitiques tertiaires multiples (osseux et viscéraux).
Titon, Albert, 22 ans. Mort dans le coma. Observation citée à l'obligeance de M. Duzéa, interne des hôpitaux de Lyon.

Crottier-Combe (Irénée) âgé de vingt-trois ans, né à Neuilze-Laire, entré dans le service de M. Daniel Mollière, salle Saint-Joseph n° 19, mort le 5 février.

Cet homme, malgré une apparence des plus chétives et qui paraissait n'avoir pas dépassé ni même atteint l'âge de la puberté (absence de barbe, duvet insignifiant au pubis, organes génitaux incomplètement développés, taille petite, facies d'enfant), a affirmé n'avoir jamais été malade avant l'âge de vingt ans. Au point de vue de ses antécédents, il nous a dit posséder encore son père et sa mère qui auraient toujours joui d'une bonne santé. Il avait deux sœurs plus âgées que lui, également bien portantes.

Interrogé au point de vue d'antécédents spécifiques, il répondait n'avoir jamais eu de rapports avec une femme, jamais de boutons, ni d'éruptions cutanées, pas de plaques sur les lèvres, dans la bouche ou dans la gorge, pas de calvitie. Du reste, malgré un examen attentif, il a été impossible de retrouver la trace d'un accident syphilitique primitif.

Il y a deux ans et demi ou trois ans, le malade ne peut préciser juste, il aurait commencé à ressentir une douleur sourde au niveau de la partie moyenne du tibia gauche, en même temps qu'il aurait constaté un peu de gonflement de ce côté.

Presque à la même époque, à la partie supérieure de l'épaule droite, entre la racine du cou et la pointe de l'acromion se produisit une série d'ulcérations superficielles qui survinrent sans cause connue et qui non seulement persistèrent depuis ce moment, mais se rejoignirent, s'avancant en avant et en arrière, formèrent une sorte d'épaulette reproduisant la forme générale d'un *S* italique, descendant en arrière, un peu au-dessous de la région sus-jacente à l'épine de l'omoplate, tandis qu'en avant, la lésion dépassait de 1 centimètre ou 2 le bord inférieur de la clavicule.

Ces ulcérations, qui saignaient facilement, se sont recouvertes de croûtes épaisses reposant sur un fond rouge brun. Elles ont encore cet aspect au moment de l'entrée du malade, mais on remarque que la lésion présente actuellement une tendance à la cicatrisation, surtout sur les parties marginales, tandis que le centre est encore humide et suintant.

Depuis le début de ces accidents, l'état de santé du malade est devenu de plus en plus mauvais; perte constante de l'appétit et des forces, malgré un traitement exclusivement tonique, qui lui fut conseillé dans son pays. C'est ce qui le décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A ce moment, outre les lésions cutanées déjà signalées, on constate que la tuméfaction de la partie moyenne du tibia gauche s'est convertie en un abcès qui s'est ouvert spontanément il y a quelques jours, laissant un trajet fistuleux, d'où s'écoule un pus séreux, quelquefois sanguinolent. Un stylet, introduit dans ce trajet, conduit dans le corps de l'os, dans une anfractuosité assez spacieuse. La plaie laisse échapper une odeur putride. Tout autour, la peau est tendue, violacée, lardacée. On constate, malgré une énorme atrophie de tout le membre correspondant, un peu d'œdème de la partie inférieure des malloles et sur le dos du pied.

La pression éveille une douleur vive, douleur qui est parfois sourde et spontanée.

Sur la jambe droite et dans un point presque exactement symétrique au précédent, on constate une tuméfaction du tibia qui présente une hyperostose, marquée sur une longueur de 4 à 5 cent. environ, sur la partie moyenne et surtout sur la face la plus accessible.

Atrophie du membre inférieur droit, mais moias marquée que du côté opposé.

Du côté de la tête, on constate, sur la région qui correspond à la réunion du frontal, du temporal et du pariétal, une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez molle, non réductible et donnant manifestement la sensation de fausse fluctuation. La partie antérieure et supérieure du frontal paraît inégale et comme boursouflée.

Le malade a eu parfois quelques douleurs céphaliques mais peu intenses; jamais de troubles intellectuels, jamais de vertiges ni de troubles cérébraux.

Enfin, outre ces phénomènes objectifs, on constate encore de la raideur et de la gêne de plusieurs articulations, mais

surtout des articulations de l'épaule et du coude. Des craquements manifestes sont produits par les mouvements qu'on provoque dans les articulations. Du côté des membres inférieurs, mêmes phénomènes, mais beaucoup moins accentués ; c'est au genou où ils le seraient le plus. Du reste, du côté des membres supérieurs, les doigts, les mains, les avant-bras sont dans une demi-flexion, que le malade conserve pour éviter la douleur. La sensibilité cutanée de ces membres supérieurs paraît un peu diminuée ; il y a eu de la parésie et un peu d'anesthésie.

En présence de ces phénomènes, mais surtout en présence des lésions cutanées typiques de l'épaule droite, M. Mollière diagnostique immédiatement des lésions syphilitiques tertiaires ; il insiste même sur ce diagnostic ; qu'il est de toute importance de porter dès le début des accidents, afin d'instituer le traitement spécifique.

Dès son entrée, le malade est soumis au traitement suivant : bains salés tous les jours, iodure de potassium, 6 grammes, frictions à la pommade mercurielle. Depuis son arrivée, le malade a gardé à peu près constamment le lit. Les premiers jours, il a paru légèrement amélioré ; mais dès le 20 janvier, l'état général est redevenu mauvais, anorexie à peu près complète : la douleur est beaucoup plus vive à la jambe gauche ; le malade ne peut dormir tellement elle est intense. On fit alors, le 25 janvier, une large incision au niveau de la fistule de la jambe gauche, incision allant jusqu'à l'os, en pensant à de la rétention du pus.

Après l'incision, douleur extrêmement vive pendant les deux jours qui suivirent. Une hémorrhagie fut consécutive à cette ouverture et ne put être arrêtée que grâce à un tamponnement énergique et à l'administration de 3 grammes de seigle ergoté en poudre. Hémorrhagie en nappe, tendance hémophilique manifeste. Le 1^{er} février, le malade éprouve une dyspnée intense : il a de la torpeur et de la somnolence ; il répond encore aux questions, mais avec peine et à voix basse. En même temps, teinte subictérique généralisée.

A ce moment, on cesse l'usage de l'iodure pour ne continuer que la pommade mercurielle. On n'a pas trouvé de troubles à l'auscultation du cœur ; celle des poumons n'a fait constater aucun signe manifeste. Un peu plus d'obscurité à droite qu'à gauche.

Les jours suivants, ces phénomènes vont en s'accroissant. Le 4 février, on incise la gomme de la région tempo-fronto-pariétale droite ; il ne sort qu'un peu de matière jaunâtre comme caséeuse. Un stylet introduit dans la plaie conduit sur un os dénudé ; pas de communication avec la cavité crânienne.

Pas d'agitation ni de délire ; le coma et la dyspnée s'accroissent de plus en plus. Les urines, qui étaient devenues rares ces jours derniers, se suppriment complètement. Examinées, le 3 février, les réactifs y ont décelé une grande quantité d'albumine ; pas de sucre.

Le malade succombe le 5 février, à 2 heures du soir.

Autopsie. — Le 7 février.

Examen des organes. — Le cerveau et ses enveloppes ne nous ont montré aucune lésion ; peut-être très légère congestion des méninges, mais n'ayant rien de caractéristique.

Surface extérieure cérébrale absolument intacte ; rien non plus sur les circonvolutions correspondant au point où siégeait la gomme de la paroi ancienne.

On ne note également rien de particulier sur les différentes coupes qu'on y pratique.

Poumon gauche. — Sain.

Poumon droit. — Consistance très molle ; il se laisse facilement déchirer ; adhérences nombreuses, qui ne permettent pas de l'extraire de la cavité thoracique qu'avec la plus grande difficulté. Ces adhérences sont surtout accentuées au niveau de sa face inférieure et postérieure, mais la lésion typique est celle que l'on note à la partie moyenne du lobe inférieur. Là, en effet, sur une coupe antéro-postérieure, on remarque logée dans l'épaisseur du lobe une gomme sèche du volume et de l'aspect d'un gros marron, selon la compa-

raison de M. le professeur Raymond Tripier. Deux autres gommès plus petites et de date plus récente font saillie dans la plèvre.

Enfin, au sommet du même côté, petites cavernules avec des petites gommès ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle.

Foie. — Mamelonné, semble un peu diminué de volume ; adhérences de sa face supérieure et postérieure avec le diaphragme, dont on le détache difficilement. Traces d'anciennes inflammations péritonéales locales. A la partie antérieure, nous trouvons une gomme du volume d'une noisette. Dans le parenchyme de l'organe, on trouve une série d'autres petites gommès de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminées surtout au niveau des points correspondant à l'intervalle des mamelons. Autour de ces gommès, le tissu de l'organe présentait des lésions macroscopiques de la sclérose interstitielle. Dans le reste du parenchyme, dégénérescence graisseuse typique.

Rate. — Très congestionnée, volumineuse et friable ; poids, 1,100 grammes ; pas d'autres lésions.

Reins. — Tous deux volumineux, mais ne présentent pas d'autres lésions qu'une congestion intense et un peu de dégénérescence graisseuse.

Organes génito-urinaires. — Pas d'altération ; testicules petits et comme incomplètement développés, mais ne présentant aucune lésion.

Rien, non plus, du côté du péritoine et du tube digestif.

Une dernière lésion a été constatée dans le corps thyroïde, dans le lobe gauche duquel on a trouvé une petite gomme de nature et d'un aspect semblables aux précédentes et du volume d'un pois.

Les yeux, les dents, le squelette de la face, n'étaient le siège d'aucune lésion.

L'examen du squelette a été pratiqué par M. Gangolphe, qui a bien voulu nous communiquer une note

très détaillée, concernant les lésions remarquables observées sur ce sujet.

La voûte crânienne présentait des lésions gommeuses multiples ; la base du crâne n'en offrait aucune.

Thorax. — Les côtes paraissent indemnes ; quant au sternum, il est profondément altéré au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Les deux surfaces claviculaire et sternale sont déformées, profondément érodées. L'épiphyse entière de la clavicule a disparu, à sa place existe une dépression profonde en croissant, limitée par deux cornes, l'une antérieure, l'autre postérieure qui donne à l'os l'aspect d'une fourche à deux dents. En explorant cette surface au stylet, on pénètre dans l'intérieur de la clavicule : une coupe parallèle au grand axe démontre à ce niveau l'existence d'un tissu gommeux caractéristique. Ajoutons qu'il existait une hyperostose périphérique manifeste. La moitié externe de la clavicule est élargie, hyperostosée, mais l'extrémité acromiale est réduite à l'état de lame ostéo-fibreuse très mince.

La clavicule gauche, en majeure partie intacte, est recouverte à son extrémité acromiale d'une très faible couche de substance gommeuse jaunâtre.

Colonne vertébrale. — Sur une coupe médiane antéro-postérieure, en comprenant tout le rachis, on ne distingue aucune lésion.

Bassin. — Sur aucun point du bassin (sacrum et os iliaques), il n'existe de lésion appréciable.

Membres supérieurs.

Membre droit. — L'omoplate est le siège de lésions remarquables ; non seulement, toute l'épiphyse marginale du bord spinal a disparu, mais en outre, le corps de l'os est érodé à sa périphérie, échancré de distance en distance. Ces dépressions sont remplies de substance caséuse, jaune, maintenue en place par du tissu fibreux. La base de l'épine

de l'omoplate est surmontée d'un amas de détritux gommeux de la grosseur d'une noix, reposant sur une perte de substance du tissu osseux. L'acromion est aminci, réduit en certains points à l'état de lame papyracée ; il présente un élargissement tel, que son plus grand diamètre mesure 7 centimètres. Il est recouvert d'une très mince couche caséeuse, sèche, quelque peu adhérente. L'apophyse coracoïde (région épiphysaire) présente un peu de tissu gommeux.

Cavité glénoïde. — Indemne.

Articulation acromio-claviculaire. — Altération des surfaces articulaires ; disparition du cartilage ; ligaments intacts.

L'articulation de l'épaule ne contient ni pus, ni sérosité purulente ; la synoviale est intacte, de coloration normale. Le cartilage diarthrodial de l'humérus présente quelques dépressions au niveau du tiers supérieur du col anatomique dans le point où la synoviale vient s'insérer au pourtour du cartilage. Entre les dépressions et autour d'elles, le cartilage est inégalement épais : soulevé ici sous forme de petites saillies mamelonnées, circonscrites par de petits sillons ; là, très aminci laissant voir par transparence ; là, teinte bleu foncé du tissu spongieux sous-jacent, il adhère fortement à ce dernier, contrairement à ce qui s'observe dans les ostéoarthrites tuberculeuses. Les dépressions ont une forme étoilée. Un fin stylet, introduit dans quelques-unes de ces perforations, dont les plus volumineuses ne dépassent guère un diamètre de 2 ou 3 millimètres, pénètre dans un tissu mou, friable. Une coupe verticale, et parallèle à l'axe transversal de l'extrémité humérale, permet d'observer des lésions auxquelles il était difficile de s'attendre, étant donnée l'intégrité apparente de l'os. L'épiphyse est le siège d'un noyau gélatineux, mou, très légèrement rosé, de la dimension d'une pièce de 50 centimes ; coloration jaunâtre à la partie externe.

La lésion et l'ostéite raréfiante qui l'accompagne exis-

tent sur une étendue de 3 centimètres de hauteur et de 1 c. 1/2 de largeur. La limite de la diaphyse et de l'épiphyse, où la place occupée par le cartilage de conjugaison est indiquée par une ligne osseuse compacte, épaisse de 2 millimètres environ. Cette mince ligne osseuse est interrompue dans ses deux tiers externes par la lésion qui mérite pour cela la dénomination de diaphyso-épiphysaire. En comparant les coupes symétriques des deux extrémités humérales supérieures, droite et gauche, on voit nettement sur la première que l'altération s'est développée sur la diaphyse et l'épiphyse, tandis que, sur la seconde, la diaphyse est restée indemne, alors que l'épiphyse a presque complètement disparu. La région de la grosse tubérosité présente une certaine raréfaction de son tissu, mais ne contient pas de substance gommeuse.

La diaphyse et l'extrémité inférieure de l'humérus sont intactes.

L'articulation du coude contient de la synovie normale, le tiers interne de la surface cartilagineuse de la cupule radiale a disparu, laissant une brèche comblée en partie par du tissu fibreux. Le reste du cartilage diathrodial, irrégulièrement aminci présente quelques petits mamelons.

L'extrémité supérieure de la diaphyse radiale présente une augmentation de volume, qui s'étend sur une longueur de 6 centimètres environ. Recouverte d'un périoste épais, résistant, la surface osseuse offre de petits sillons, quelques perforations, dans lesquelles s'enfoncent des travées fibreuses. L'apophyse bicipitale déformée, plus saillante, est comprise dans le territoire de l'hyperostose.

Le cubitus est intact, toutefois le sillon qui sépare les apophyses coronoides et l'olécrane est plus accentué, recouvert d'un tissu fibreux épais.

Le poignet et le squelette de la main ne sont le siège d'aucune lésion.

Membre gauche. — Omoplate gauche à peu près complètement saine. La surface acromio-claviculaire est amincie, recouverte d'une très légère couche caséuse.

Articulation de l'épaule. — Synovie normale. Le cartilage glénoïdien est un peu irrégulier, comme ridé ; l'extrémité supérieure de l'humérus est profondément atteinte. Les deux tiers supérieurs de la tête humérale, os et cartilage, ont disparu ; il ne reste plus de l'épiphyse qu'une sorte de bandelette située à la partie inféro-interne. La perte de substance résultant de la destruction du tissu osseux se présente comme une dépression profonde, 1 c. $1/2$, limitée en dedans et en bas par la partie restante de la tête, en haut et en dehors par la tubérosité externe. Elle est tapissée par une néo-membrane rougeâtre, épaisse, qui repose sur un plan osseux résistant. La région des trochanters, notablement élargie (le plus grand diamètre est de 7 cent., à droite il est de 5 c. $1/2$), est remarquable par de nombreuses saillies et dépressions. Un périoste épais la recouvre, il est très adhérent en raison des prolongements qu'il envoie dans les anfractuosités. La petite tubérosité très élargie tend à recouvrir complètement le tendon du biceps et à transformer la demi-gouttière en un canal osseux.

Sur une coupe transversale et verticale passant par le grand axe de l'os, on se rend compte des détails suivants :

La dépression humérale est tapissée par une couche fibreuse de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui repose sur une lame éburnée de 1 millim. $1/2$ à 2 d'épaisseur. Cette cloison osseuse, qui répond exactement aux limites de la diaphyse et de l'épiphyse, permet d'apprécier l'étendue de la lésion épiphysaire. On voit sur la coupe qu'il ne reste plus de la tête humérale qu'une sorte de coin à base interne, recouverte de cartilage diarthrodial, le bord inférieur répondant à la lame éburnée ; le bord supérieur au tissu fibreux de la néo-membrane. Ce coin osseux est nettement éburné. On voit également, en dehors, dans la zone qui correspond au cartilage de conjugaison de la grosse tubérosité, une lamelle éburnée analogue à la précédente.

La dyaphyse, l'extrémité inférieure de l'humérus sont intactes.

L'articulation du coude, le cubitus, le radius, le squelette de la main et des doigts ne présentent aucune lésion.

Membres inférieurs.

Membre droit. — L'articulation de la hanche paraît normale ; le cartilage fémoral est un peu irrégulier, inégalement épais.

La diaphyse paraît absolument saine ; il n'en est pas de même de l'extrémité inférieure. A l'ouverture du genou, issue de deux ou trois cuillerées de pus roussâtre. Le tissu osseux de l'épiphyse fémorale a subi une perte de substance de 1 cent. $1/2$ de profondeur. La surface antérieure du condyle externe, la moitié externe du condyle interne, l'espace intercondylien antérieur sont complètement dépourvus de cartilage. A peine existe-t-il en bas, entre les deux espaces intercondyliens, un pont cartilagineux de quelques millimètres. La perte de substance est irrégulière, anfractueuse ; à sa partie supérieure et interne, au-dessous d'une saillie osseuse qui la surplombe, on voit deux orifices arrondis, ayant chacun 4 ou 5 millimètres de diamètre. — Par ces deux perforations, on introduit très facilement un petit stylet jusque dans le canal médullaire. A quelque distance de ces perforations, le tissu osseux est éburné. Le cartilage d'arthrodial, qui persiste, est aminci, mais non décollé ; il est intact sur les parties latérales des condyles. L'extrémité inférieure de la diaphyse n'est pas hypertrophiée.

Coupe antéro-postérieure du fémur parallèle à son grand axe. — On voit qu'il existe manifestement une couche osseuse éburnée limitant l'ulcération articulaire. En faisant une seconde coupe, de manière à enlever une tranche osseuse large de 3 millimètres, comprenant une bonne partie du condyle interne, on voit que les deux perforations notées plus haut aboutissent à un noyau gommeux, gélatineux, à centre jaunâtre, tandis qu'à la périphérie existe une zone rouge vascularisée, de la largeur d'une pièce de 50 centimes ; il est entouré sur les deux tiers de son pourtour d'une zone mince, éburnée. L'extrémité articulaire tibiale est intacte. La surface cartila-

gineuse de la rotule présente quelques ecchondroses peu saillantes. Ménisques et ligaments sont intacts. La synoviale, rouge, injectée, un peu épaissie, n'offre nullement l'aspect *panneaux* des synovites tuberculeuses.

Le tibia droit est augmenté de volume à sa partie moyenne ; en enlevant le périoste épaissi, mais facile à décoller, la surface externe de l'os apparaît très légèrement rosée, soit parallèlement à son grand axe ; le tibia présente un canal médullaire légèrement dilaté au niveau d'un foyer gommeux très petit, indiqué par un pointillé jaunâtre, entouré d'une zone gélatineuse à peine rosée ; au-dessus et au-dessous, la moelle reprend ses caractères normaux. La partie profonde de la coque diaphysaire est le siège d'un ostéite raréfiante, sur une hauteur de plusieurs centimètres. Malgré cette raréfaction, l'épaisseur de l'os n'est guère diminuée, grâce au dépôt d'une couche osseuse sous-périostique de 4 ou 5 millimètres, très facile à reconnaître à son piqueté rouge et à la direction irrégulière des travées osseuses.

Péroné. — Articulation tibio-tarsienne, squelette du pied, normaux.

Membre gauche. — L'articulation de la hanche est intacte.

Fémur. — A neuf cent. au-dessous du bord supérieur du grand trochanter, existe une saillie, une sorte de papule osseuse, poreuse, de la largeur d'une pièce de deux francs. A 21 cent. au-dessous du bord supérieur du grand trochanter, commence l'augmentation de volume de la diaphyse, qui s'accroît progressivement et donne un périmètre de 12 cent., alors que du côté droit il est seulement de 7.

A la partie moyenne et interne de cette hyperostose, on voit deux ou trois perforations de 7 à 8 millim. de diamètre. Elles sont remplies de substance caséuse jaunâtre, qui arrive jusque sous le périoste épaissi de la région. Par ces orifices, on introduit facilement un stylet jusque dans le canal médullaire. L'extrémité inférieure du fémur est considérablement déformée. Les surfaces cartilagineuses et le tissu osseux (celui-ci seulement sur une certaine profondeur) des deux

condyles, ont disparu ; de telle sorte que la longueur de l'os est diminuée de 7 à 8 millim. Le plus grand diamètre transversal de l'extrémité est supérieur d'un demi centimètre à celui du côté opposé. D'autre part, il existe un aplatissement antéro-postérieur très sensible. Du cartilage diarthrodial, il ne reste plus çà et là que quelques îlots, séparés par des anfractuosités, des dépressions limitées elles-mêmes par des crêtes, des arêtes plus ou moins vives. La moitié supérieure de la surface cartilagineuse du condyle persiste seule. Toutes les parties non recouvertes par du cartilage sont revêtues d'une synoviale rougeâtre, épaissie. Nulle part, le stylet ne s'enfonce dans des dépressions, partout la surface déformée est limitée par un tissu osseux résistant. Ligaments intacts. Synoviale épaisse, mais nullement fongueuse. Synovie normale. Quelques petites ecchondroses sur la surface articulaire de la rotule. La surface articulaire du tibia est intacte.

Coupe verticale antéro-postérieure du fémur. — Le canal médullaire dilaté au niveau de l'hyperostose contient un détritus caséeux peu abondant ; en un point, le tissu morbide, d'aspect fibro-gélatineux, forme comme une sorte de cloison transversale. Au niveau de l'élévure signalée, à 9 centimètres au-dessous du bord supérieur du grand trochanter, la moelle paraît normale, mais en l'enlevant, on voit qu'à la face profonde de la coque osseuse existe un dépôt gommeux, jaunâtre, très évident.

La diaphyse tibiale, considérablement augmentée de volume au niveau de sa partie moyenne, est le siège d'une lésion gommeuse d'une étendue telle, que les deux tiers environ du canal médullaire sont envahis par le néoplasme. Trois énormes perforations, qui interrompent presque la continuité de l'os, laissent apercevoir la masse gommeuse en voie d'élimination. A ce niveau, téguments et tissus morbides sont confondus en une ulcération putrilagineuse.

Péroné. — Articulation tibio-tarsienne ; squelette du pied, intacts.

OBSERVATION VII

Syphilis acquise, Gomme de la peau. (Observation personnelle recueillie dans le service de M. Pollosson)

Ostéomyélite gommeuse du cubitus droit. Jean Bruchet, vingt-quatre ans, liquoriste. Son père est mort d'accident, il possède sa mère, qui est d'une santé fragile, ainsi qu'une sœur qui se trouve dans le même cas.

Ce malade n'a jamais eu de fièvres. A trois ans, il fit une maladie grave, caractérisée par le volume de l'abdomen et devint sourd au même moment, mais momentanément. Il a l'habitude de boire, il n'a cependant pas le tremblement alcoolique. Il n'a pas fait de service militaire (soutien de famille).

En 1877, il a eu à la face dorsale de la verge, sur l'insertion du prépuce, un chancre de petit volume et contracté à la suite de rapports dans une maison publique de Roanne. Ce chancre apparut quinze jours à trois semaines après le coït. Nous devons ajouter que le malade n'avait pas eu de relations longtemps avant et n'en eut pas d'autres jusqu'à l'apparition du symptôme primitif. La guérison eut lieu en huit jours, sans que B... ait remarqué une adénite inguinale ; en tous cas, il n'eut pas de bubon. Il vit un médecin qui diagnostiqua : syphilis, et lui ordonna de la poudre de calomel. Quelques mois plus tard, il eut une céphalée intense, apparaissant irrégulièrement et s'accompagnant d'étourdissements. En 1878, le malade remarqua des rougeurs sur sa poitrine, sensibles surtout après des bains froids, au même moment il eut de la laryngite, des plaques muqueuses à la bouche, ainsi qu'à l'anus, aussi quelques ganglions et peut-être de l'acné. En 1879, 1880 il eut des croûtes dans le nez, perdit ses cheveux, depuis lors repoussés. Il n'a pas eu de plaques muqueuses interdigitales. A ce moment, il éprouva des

douleurs intenses dans les membres inférieurs, sans signes extérieurs, douleurs s'accroissant à la pression. Il entra pendant quinze jours à l'hôpital de Saint-Chamon où on lui fit prendre de l'iodure et tout rentra dans l'ordre jusqu'en 1884.

Au mois de janvier ou de février de cette même année, il ressentit, dans l'avant-bras droit, des douleurs lancinantes qui, trois semaines après, s'accompagnèrent d'un gonflement très volumineux au niveau de la région postéro-interne et au tiers supérieur (peut-être le bras droit supporte-t-il une fatigue plus considérable dans le travail que fait le malade?). Le gonflement et les douleurs persistèrent. Ces dernières, qui s'étaient irradiées à la main, ne paraissaient pas s'être localisées plus spécialement dans le territoire du nerf cubital. A un moment donné, la peau de la région tuméfiée était chaude, rouge, douloureuse à la pression, jamais très molle avec un gonflement très limité, sans jamais œdème de la main. Les mouvements d'extension et de flexion dans l'articulation du coude furent gênés; mais la pronation et la supination devinrent impossibles. Il n'abandonna cependant son travail que quelques jours seulement. Il vit un médecin qui lui fit mettre de la teinture d'iode et des topiques sur la région tuméfiée; il en éprouva un soulagement momentané. Au bout de six mois, le gonflement disparut en partie; au bout de huit mois, l'avant-bras a repris le volume qu'on peut lui voir aujourd'hui. Depuis lors, pas de poussée nouvelle du côté de l'os.

Il n'en est pas de même de la peau, car au mois de septembre de 1884, il vit apparaître, à la face interne du bras droit, une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, qui mit quinze jours à trois semaines pour acquérir ce volume. Il en sortit quelques gouttes de sang, puis du pus, tantôt épais, tantôt plus liquide avec prédominance de parties solides. Il en résulta une ulcération mesurant quatre travers de doigt, dans son plus grand diamètre et trois dans son plus petit. Cette ulcération tendait toujours à s'accroître, ce qui décida le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Amélioration des plus manifestes sous l'influence du traitement à l'iodure.

Etat actuel. Le malade est pâle, sa santé est relativement bonne ; il est assez sujet aux bronchites, mais n'a jamais eu d'hémoptysie. On ne voit pas ailleurs de traces d'ulcérations cutanées. Pas de calvitie ; rien du côté des yeux ni des autres organes des sens, à l'exception de l'ouïe, qui aurait été un peu diminuée à gauche, il y a trois semaines. Il est bon d'ajouter qu'à ce moment, il aurait eu un fort mal de gosier avec amygdalite intense sans abcès. Sous l'influence de l'iodure et de la disparition de l'amygdalite, les symptômes notés précédemment ont disparu. Peu d'appétit, pas de diarrhée.

Face interne du bras droit. A quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée, on rencontre une surface croûteuse, une érosion plutôt qu'une ulcération ; elle est sèche, à bords polycycliques, recouverte çà et là de petites croûtelles jaunâtres en voie de guérison.

Cubitus droit : augmentation de volume de cet os sur une hauteur d'environ 10 centimètres. Peau souple, non œdémateuse, glissant facilement sur les parties profondes. Pas de douleurs à la pression ni spontanément ni dans les mouvements. A l'avant-bras, mouvements normaux, pas de craquements articulaires. En explorant attentivement la surface tuméfiée, on note l'existence de saillies nombreuses très faciles à percevoir, saillies séparées par de petites dépressions. Du reste, on les aperçoit en faisant glisser la peau tendue sur la région. La tuméfaction paraît siéger surtout du côté de la face postéro-externe du cubitus. Il existe une légère différence à la mensuration. Lorsqu'on examine le malade les deux avant-bras fléchis et en pronation, la tuméfaction du cubitus paraît plus évidente. Pas d'atrophie du bras. Les ganglions axillaires sont très petits et il n'y a pas de différence entre ceux du côté droit et ceux du côté gauche. Point d'orchite. Etat des organes : rien au poumon ni au cœur.

Ce malade a présenté les divers symptômes cliniques qui font l'objet de notre travail : douleurs, gonflement, absence de ganglions, pas de pus ni de séquestres ; tout l'ensemble des phénomènes qui nous intéressent le plus se trouvent réunis dans cette observation. C'est ordinairement aussi après un laps de temps plus considérable qu'on voit apparaître l'ostéomyélite gommeuse.....

En résumé, dans tous les cas où il y a eu suppuration, celle-ci était peu abondante et constituée surtout par un liquide visqueux, analogue à celui qui s'écoule lors de l'ouverture des gommes cutanées. Dans aucun cas, il ne s'était formé d'abcès ou de collection liquide comparable à celles qui sont la conséquence habituelle de la tuberculose osseuse ou de l'ostéomyélite infectieuse (surtout à forme prolongée). Ce n'est guère que vers les dernières périodes de leur évolution, longtemps après leur début, que les syphilomes arrivent au dehors et déterminent l'apparition de petites fistulettes, ou, ce qui est encore fréquent, d'ulcérations d'une certaine étendue. Les traînées gommeuses, après avoir traversé l'os ancien, l'os nouveau, arrivent sous le périoste et donnent lieu à une périostite gommeuse secondaire. Une ouverture se produit-elle, surtout si elle présente un diamètre assez considérable ? on pourrait croire à une lésion gommeuse périostique primitive de l'os, alors qu'il ne s'agit que d'un degré plus avancé terminal de l'ostéomyélite gommeuse centrale.

C'est toujours longtemps après la formation de l'hyperostose, indice de la lésion centrale que se pro-

duisent ces lésions ostéopériostiques superficielles.

Il est logique de penser qu'elles ne sont pas autre chose que la conséquence de l'altération centrale. Nous n'insistons pas davantage sur ce point, qui appelle certainement de nouvelles recherches, nous dirons seulement que les pièces que nous avons pu observer viennent à l'appui de cette idée.

Si les lésions gommeuses des os longs sont habituellement sèches, elles ne font pas à ce point de vue exception à la règle générale qui régit l'évolution des syphilomes. De même que les gommages du foie, du poumon sont habituellement sèches, de même aussi l'ostéomyélite est rarement accompagnée de production d'abcès. L'ulcération syphilimateuse se fait remarquer par l'absence de fongosités et par ses bords polycycliques, mais en tous cas pas de gros bourgeons fongueux, pâles, comme cela s'observe dans les lésions tuberculeuses.

Quelquefois, c'est une circonstance extérieure, un traumatisme, une fracture spontanée, par exemple, qui vient provoquer une poussée aiguë, suivie de la formation d'une petite fistule ; il en était ainsi dans les observations de Delpech et d'Arnott (1).

Les observations suivantes, dans lesquelles la suppuration est survenue, sont intéressantes à cause de l'absence de tout séquestre.

Nous n'avons pas ici le contrôle de l'autopsie pour appuyer notre opinion, mais simplement les renseignements cliniques.

(1) *Mémoire de M. Gangolphe*, loc. cit.

A ce titre seul, ils sont suffisamment intéressants pour mériter d'être reproduits.

OBSERVATION VIII

Dans le traité de la régénération des os de M. Ollier, nous trouvons l'observation d'une jeune fille de quinze ans :

Louise Gaillard, qui entre le 2 septembre 1864 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette malade, d'une constitution chétive, au teint pâle et anémique, aux membres grêles et amaigris, porte des traces d'affections osseuses anciennes (deux cicatrices en dehors et au-dessus de l'orbite à droite, une autre au milieu du sternum). Il y a sept ans environ, après une chute faite sur l'épaule gauche, elle a conservé cette région tuméfiée et douloureuse ; mouvements du bras très limités. Il y a deux mois, les douleurs prirent une très grande intensité, la fièvre se déclara ; l'épaule devint le siège d'une grande tuméfaction et un abcès s'ouvrit vers le milieu du mois d'août.

Le 6 septembre, on constate une plaie de 3 à 5 centimètres d'étendue à sa surface, communiquant avec l'articulation.

On voit au fond de la plaie la tubérosité externe de l'humérus dénudée, pas de séquestre mobile. La partie dénudée est encore vasculaire, douleurs sourdes et continues. Malgré un traitement général et local, la suppuration devenant abondante et la malade s'affaiblissant de jour en jour, on se décida à l'opérer, ce qui fut fait le 16 septembre. Incision de 8 à 9 centimètres. Dissociation des fibres du deltoïde et arrivée sur l'os en incisant le périoste. On prend alors la sonde et sans couper aucun tendons, on dénude la tête de l'humérus des tissus fibreux qui l'entourent. Après l'avoir fait saillir et luxé en dedans, on détache ensuite le reste du périoste de haut en bas. En dedans, l'os était en plusieurs points dépouillé de son périoste et recouvert de masses de pus

concret, sa surface était inégale, érodée ; des fusées purulentes partaient de ce point.

Aussi, fallut-il aller plus bas et séparer le périoste sur une longueur de 12 centimètres. L'os fut scié à ce niveau. La dissection du périoste avait été régulière ; on distinguait une gaine à peu près complète, bien qu'elle se fut trouvée interrompue en dedans au niveau du corps de l'os et sur plusieurs points de la tête ; c'est en arrière et en dehors que cette membrane se trouvait le plus adhérente. La cavité glénoïde paraissant saine ou du moins peu altérée, on ne retranscha rien à ce niveau.

L'os enlevé était dans l'état suivant : la tête humérale, aplatie, déformée, encore recouverte de son cartilage ; mais celui-ci est ramolli, inégal et en voie de résorption sur plusieurs points. Toute la surface de l'os a été dépouillée par le fait de l'opération des parties fibreuses qui s'y insèrent et qui l'enveloppent normalement. Le tissu de l'os n'est pas ramolli, il n'a pas subi la dégénérescence graisseuse. Il présente au contraire des saillies, des ostéophytes de consistance comme éburnée en certains points. La surface est inégale, rugueuse, et au niveau du col chirurgical, l'os est aplati d'avant en arrière. Au-dessous, sont des inégalités dues à des ostéophytes ou à des sillons vasculaires. Au niveau des joints, qu'on avait retrouvés couverts par du pus concret au moment de l'opération, l'os est plus régulier et plus gros dans son ensemble. Dans toute sa longueur il est manifestement vasculaire.

Après une série d'alternatives dans lesquelles la malade présente différents symptômes heureusement de courte durée (érysipèle, douleurs dans les articulations), on sent, le 25 janvier, deux masses osseuses de nouvelle formation, l'une tenant à l'os ancien et l'autre supérieure, indépendante de la première.

Le 25 février, les deux masses osseuses sont réunies ; il n'existe plus de pseudarthrose, et l'os forme un tout continu. Le 2 mars, la malade se sert de son bras pour les usages de la vie mieux qu'elle ne l'avait fait depuis sept ans.

Depuis le 1^{er} septembre 1865, la jeune fille travaille comme cigarière à la manufacture de tabac de Lyon.

M. Ollier ajoute à la suite de cette observation :

« Nous citons ce fait tout d'abord, parce qu'à lui seul il suffira pour démontrer notre proposition. Il n'y a pas ici d'erreur possible, l'os enlevé était un os vivant ; ce n'était point un os nécrosé ; le périoste a été détaché pendant l'opération ; l'os nouveau n'a pas été une émanation de l'os ancien, puisqu'il y a eu, pendant longtemps, une mobilité très appréciable entre la masse osseuse nouvelle et la moitié inférieure de l'humérus. »

La nature spécifique de la maladie osseuse n'était pas connue au moment de l'opération, et ce n'est que plusieurs années plus tard que M. le professeur Ollier apprit que cette malade avait une syphilis d'origine vaccinale. »

OBSERVATION IX

Syphilis tertiaire ; lésions osseuses multiples.

Observation personnelle recueillie dans le service de M. Mollière.

Liotard (Paul-Onésime), vingt-quatre ans, de Barrière (Drôme).

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Sa mère est vivante, âgée de soixante-trois ans ; elle a présenté des symptômes de syphilis après avoir eu un nourrisson qui lui venait de la Charité de Lyon, et elle communiqua la maladie à son mari qui en mourut. (Renseignements fournis par la malade.) Elle a eu avant cette époque six enfants, tous bien portants ; un septième enfant est le malade en question ; il possède un huitième frère dont la santé a toujours été excellente.

Antécédents personnels. — A l'âge de six ans, il eut du côté des yeux des troubles qui ont affaibli sa vue. En 1871, quatre ans plus tard, il vit apparaître, au niveau de la partie

interne de la clavicule gauche un gonflement dur, très limité qui n'amenait pas de très grandes douleurs. La peau devint rouge à ce niveau, et environ un mois après la date de son apparition, la tumeur s'étant ramollie, il se produisit une fistule par laquelle s'écoula une certaine quantité de liquide jaunâtre, épais, visqueux, avec quelques parties solides. La plaie se referma, mais bientôt une seconde et une troisième fistule apparurent dans le voisinage, se comportant comme la première.

Quelque temps après (le malade a de la peine à préciser), le sternum fut le siège d'un gonflement semblable, auquel succédèrent quatre fistules; à peu près à la même époque, la partie externe de la clavicule gauche et l'acromion du même côté furent envahis. Après la disparition de toutes ces tumeurs, qui guérissent spontanément, le malade sentit de violentes douleurs dans son bras gauche. Au bout d'un certain temps, le bras augmenta de volume, surtout au niveau des deux tiers inférieurs. Il se produisit au bout d'un mois, les uns après les autres, plusieurs fistules qui donnèrent issue à une petite quantité de sérosité purulente. Quelque temps après, au niveau de l'articulation acromio-claviculaire droite, apparut une tumeur analogue à celles déjà décrites. La partie postérieure et la région cubitale de l'avant-bras droit se tuméfièrent à peu près à la même époque, et au bout d'un laps de temps, difficile à préciser, il en résulta des trajets fistuleux.

Jusqu'à ce moment, le malade ne fit aucun traitement, ne vit aucun médecin, et c'est d'elles-mêmes que se fermèrent les plaies dont nous avons parlé.

En 1874, le malade ressentit de nouveau de vives douleurs dans la cuisse droite, douleurs suivies de gonflement et de fistules sans issue d'aucun séquestre. En même temps qu'apparaissaient ces fistules venant du fémur, l'articulation du genou était le siège d'un gonflement qui dura très longtemps, un an et demi environ, amena de grandes douleurs et finit par disparaître. Le malade ne sait rien de précis au sujet de ses ganglions inguinaux à cette époque; ce qu'il y

a de certain, c'est qu'il n'y a pas trace de suppuration ni d'adénopathie dans cette partie.

Cette fois encore le malade ne fit aucun traitement

En 1880, sur la bosse frontale gauche apparut une tumeur qui acquit des proportions volumineuses, se ramollit, puis suppura.

Pour cette dernière atteinte, le malade consulta un médecin qui lui fit prendre de l'iodure de potassium et ordonna du vin aromatique pour mettre sur la plaie. Il fit le traitement pendant trois mois et fut amélioré sensiblement. La fistule frontale, qui s'était fermée pendant un an, s'est ouverte de nouveau en janvier 1884, et c'est ce qui a décidé le malade à entrer à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — L'état général semble assez bon ; on ne trouve pas de trace de scrofule ni de tuberculose.

L'aspect général contraste singulièrement avec les cicatrices dont nous allons parler. On ne trouve rien au voile du palais, rien non plus du côté des os du nez. La dentition est assez bonne. Léger néphélion sur les deux cornées. Sur la bosse frontale, gauche on voit une cicatrice ovalaire à bords réguliers mesurant 5 cent. transversalement et 7 en hauteur. Les deux tables de l'os ont été complètement détruites dans une assez grande largeur, et on peut très bien voir les battements du cerveau. Sur la partie externe de cette cicatrice se trouve une petite fistule, par laquelle s'écoule encore à l'heure actuelle quelques rares gouttelettes d'un liquide visqueux. Au cou, nous n'avons pas remarqué d'hypertrophie ganglionnaire.

Le tronc est surtout remarquable par la multiplicité des cicatrices. L'une d'elles siège sur l'angle externe de l'omoplate gauche, une autre sur l'omoplate droite du niveau de l'articulation acromio-claviculaire, une troisième plus en arrière sur l'acromion, à la clavicule gauche (réunion du tiers interne et du tiers moyen), puis à 1 cent. au-dessous du niveau de la première côte, et plus en dedans à la distance de 1 c. 1/2, on peut en compter trois et une quatrième à l'angle

externe de cet os. On en voit quatre sur le corps même du sternum dans sa partie médiane. Les cicatrices laissées par les tumeurs sont tantôt superficielles, tantôt profondes à bords irréguliers avec relief. La peau cuivrée à leur niveau est toujours adhérente à l'os lui-même. Les deux cicatrices siégeant sur le sternum, au niveau de la cinquième et sixième côte, mesurent une profondeur de 1 cent. admettant la pulpe du doigt; elles paraissent résulter d'une perte de substance faite comme à l'emporte-pièce.

Les deux autres situées au-dessus sont beaucoup plus superficielles.

Cubitus droit. — Sur une ligne droite, étagées au-dessus les unes des autres, et partant du milieu du bord interne de cet os jusqu'à sa partie inférieure, on aperçoit trois cicatrices assez superficielles de 2 ou 3 centimètres chacune, irrégulières avec l'aspect de celles précédemment décrites.

Engorgement ganglionnaire nul.

Humérus gauche. — Sur la face externe du bras gauche, on voit la place de huit fistules parfaitement fermées qui, toutes réunies, forment une vaste cicatrice à bords mal limités, adhérentes à une surface osseuse anfractueuse. L'os présente un raccourcissement de 4 cent. $1/2$. S'agit-il d'un arrêt de développement ou bien d'une destruction déterminée par l'apparition du tissu gommeux? c'est là une question difficile à trancher. Toutefois, nous pensons que cette dernière explication est peut-être plus plausible, étant donné l'âge relativement avancé du sujet au moment de l'apparition des lésions diaphysaires. Il n'est jamais sorti de séquestres, tout au plus le liquide avait-il contenu quelques petits grains comme du sable. Le gonflement a disparu et le périmètre du bras à ce niveau est moindre que celui du côté resté sain.

A la face externe de la cuisse droite, à 12 centimètres au-dessus de l'interligne, on voit trois cicatrices semblables à celles déjà décrites. Si l'on examine l'articulation du genou, on y trouve une ankylose fibreuse relativement serrée, permettant seulement de très légers mouvements de flexion. Le

périmètre de la cuisse droite ne diffère presque pas de celui de la cuisse gauche au niveau de la lésion. A la palpation, on sent le fémur manifestement augmenté de volume sur une étendue de 8 à 10 centimètres environ; la pression à ce niveau ne réveille aucune douleur.

Rien au cœur, rien aux poumons. Les testicules sont sains. Pas d'albuminurie. Ce malade est retourné dans son pays au commencement de mai. M. le D^r Magnan, qui lui a donné autrefois des soins, a bien voulu nous confirmer verbalement l'exactitude des renseignements que nous avons relatés.

OBSERVATION X

Observation personnelle recueillie dans le service de M. Polosson, salle Saint-Paul, n° 80, Hôtel-Dieu de Lyon.

Th..., treize ans, de la Grande-Croix (département de la Loire).

Père et mère bien portants (renseignements fournis par la malade). De cinq frères, un seul est mort d'une maladie pulmonaire; elle possède cinq sœurs; elle est donc l'avant-dernière de onze enfants, dont le dernier est en bonne santé, ainsi que celui qui l'a précédée.

Elle a trois cicatrices vaccinales sur le bras droit, peugaufrées, identiques sur le bras gauche. Elle fut nourrie par sa mère, qui, en même temps qu'elle, avait aussi un nourrisson. Pas de fièvres éruptives, étant enfant; pas d'engorgements ganglionnaires. Rien du côté des téguments, rien du côté du voile du palais, rien aux dents.

A sept ans, la malade a eu une kératite à l'œil gauche; on remarque aussi à l'œil droit un petit leucôme kératique, situé au bas et en dehors, dans le quart inférieur externe de l'hémisphère cornéen.

Il y a deux ans, la malade a eu mal à la jambe gauche:

elle eut un gonflement limité au niveau du tiers inférieur de la jambe, du côté externe, sans avoir rien sur le coude-pied. Elle resta trois mois au lit et ne vit pas de médecin à ce moment. Le gonflement persista environ un mois avant qu'il se produisît une ouverture ; il n'y avait pas de douleur à la pression. Au bout d'un mois, ouverture spontanée avec double orifice correspondant à la région péronière et à environ quatre travers de doigt au-dessus de la malléole avec orifices assez grands.

La malade ne sait pas trop la nature du liquide qui s'est écoulé ; en tous cas, jamais de séquestre. La cicatrisation a mis sept mois à s'effectuer. Elle a pu se lever au bout de trois mois et aller à l'école. Il se fit alors une troisième ouverture au-dessus de la pointe de la malléole externe, à 3 centimètres et demi au-dessus. En fait de traitement, eau phéniquée et bandelette de diachylum, huile de foie de morue à l'intérieur.

La malade ne croit pas avoir eu de l'ozène, n'a jamais mouché de pus, n'a pas eu d'épistaxis après un coup de poing sur le nez donné par une de ses sœurs, lequel n'aurait pas amené de grandes douleurs ; d'ailleurs, le gonflement local, qui serait survenu après, aurait été limité à la dépression fronto-nazale, entre les deux sourcils. De plus, pas d'œdème des paupières ni des régions avoisinantes, au moment où se produisait ce gonflement supposé traumatique par la malade. Il se forma une ulcération croûteuse de la largeur d'une pièce de 50 centimes qui détermina une perforation absolue du squelette de cette région. Il est sorti quelques fragments d'os de la dimension d'une tête d'épingle. D'autre part, pas de pus proprement dit. Il s'écoula une substance assez solide, plutôt épaisse, et de couleur jaune. Trois mois après l'apparition de cette lésion, elle vint à l'Hôtel-Dieu, où elle occupa le n° 76 de la salle St-Paul, service de M. Augagneur, entrée au mois de juillet. On lui fit prendre du sirop d'iodure de fer, pas d'autres médicaments. Elle fut trois mois dans le service de M. Poncet, qui fut alors remplacé

par M. Polosson, lequel la mit au traitement à l'iodure de potassium.

Le 17 décembre 1884, il fit une opération autoplastique avec prothèse immédiate. Survint un érysipèle de la face, qui empêcha l'opération de réussir complètement.

28 février 1885, état actuel.

La malade est grasse avec un bon état général ; visage frais, peut-être un peu bouffi, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de traces d'adénite suppurée, pas de cicatrices cutanées. La longueur de la jambe, mesurée de la région latéro-ligamenteuse rotulienne sur le condyle externe du tibia à la pointe de la malléole externe, donne côté gauche, 31 cent. 3 mill. ; côté droit, 31 cent. 3 mill. Pour le tour du mollet, côté gauche, 31 $\frac{1}{2}$, côté droit, 31 $\frac{1}{2}$. A quatre travers de doigt au-dessus de la rotule, la périphérie de la cuisse est de 36 des deux côtés. Pas d'adénite ni d'un côté ni de l'autre.

Lorsqu'on examine les deux jambes, vues de face, on s'aperçoit d'une perte de substance au niveau inférieur de la jambe gauche, mesurant, comme profondeur, 2 cent. à 2 $\frac{1}{2}$. A 5 cent. de la pointe de la malléole externe ; au niveau de la dépression la plus marquée, on trouve du côté gauche 18 $\frac{1}{2}$, à droite 21. Limitée en haut par un rebord assez brusque ; cette dépression, résultant de deux cicatrices des premiers orifices fistuleux, s'étend jusqu'à 5 cent. environ en bas où elle se trouve alors interrompue par la saillie malléolaire. On voit à ce niveau la cicatrice de la fistule notée précédemment.

L'articulation tibio-tarsienne est absolument libre, les mouvements normaux. Dans les mouvements d'extension, on sent la masse musculaire de la région entéro-externe se déplacer sous le doigt, bien qu'elle soit un peu bridée par la rétraction cicatricielle. Les deux cicatrices sont adhérentes au péroné et ne paraissent pas liées à une affection ancienne du tibia. Du reste, ce qui vient encore à l'appui de cette idée, c'est qu'une gomme se développant à l'intérieur du tibia et deve-

nant assez volumineuse, pour avoir déterminé du côté de la face externe de la jambe la tuméfaction, la suppuration et enfin la perte de substance notée précédemment, se serait forcément accompagnée d'une hyperostose du côté de la face interne. Les péroniers et le tendon d'Achille sont intacts. La malade se tient également sur l'une ou l'autre jambe.

De tout ce qui précède, il nous semble logique de conclure :

1° Que la nécrose est tout à fait exceptionnelle.

2° Que lorsqu'il existe des séquestres, ils sont généralement très petits, parcellaires, et différant totalement de ceux produits soit par la tuberculose, soit par l'ostéomyélite infectieuse.

On peut observer des pertes de substance considérables, sans que les malades qui présentent ces lésions aient remarqué l'issue d'un seul fragment osseux. A peine signalent-ils, dans certains cas, l'existence de petits graviers fins, en quelque sorte du sable mêlé au liquide.

L'explication de cette résorption progressive du tissu osseux, qu'il y ait ou non suppuration, tend à faire croire que les parties osseuses, les parties infiltrées du tissu syphilomateux, tout en étant le siège d'un travail destructif, sont vivantes.

La cicatrisation des plaies résultant de l'ouverture à l'extérieur du tissu osseux, traîne souvent en longueur, si un traitement spécifique n'est pas mis en usage ; dans le cas contraire, elle se fait avec une rapidité remarquable. La cicatrice ne présente pas d'aspect caractéristique dans tous les cas ; généra-

lement adhérente aux parties profondes, elle est plus mince, pâle, ou très légèrement violacée.

Au niveau des régions sternales, claviculaires du malade (obs. IX), il existait de véritables godets profonds, tapissés par par un tissu cicatriciel aminci ; sur les membres, la cicatrice ne présentait pas de signes distinctifs.

Nous avons surtout envisagé dans notre étude, les lésions portant sur les grands os des membres, nous devons aussi faire remarquer que les phalanges et les métacarpiens qui appartiennent au même type anatomique, prêtent aux mêmes considérations symptomatiques.

Nous ne possédons pas d'observations personnelles sur ce sujet ; nous nous contenterons de reproduire, très résumées, les lignes que leur consacre M. le D^r Rollet (1) :

« Les premières observations de dactylite syphilitique remontent en 1859 et sont dues à Chassaignac et Van Oordt. Depuis, beaucoup d'auteurs, et surtout Taylor, ont rapporté un grand nombre de faits de même nature.

Résumé. — Les tumeurs gommeuses peuvent se rencontrer dans les phalanges des doigts et des orteils, et affecter directement l'os et le périoste. Bergh rapporte un cas qui fait diagnostiquer une ostéomyélite gommeuse. Effectivement, la paroi osseuse amincie et présentant un gonflement analogue à

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, Dechambre, t. XIV, page 343.

celui du spina ventosa, donna issue; en dernier lieu, à un liquide clair et visqueux, et un stylet introduit dans la plaie, conduisait dans une cavité, sans rencontrer de séquestre. Après la guérison, la phalange se trouva raccourcie. Mac Ready rapporte un cas semblable.

« Nélaton rapporte un cas où le médium étant devenu gros et douloureux, la résolution d'abord obtenue, une rechute eut lieu, suivie d'une guérison apparente comme la première fois ; seconde rechute, le médium était plus volumineux qu'à l'état normal (1 cent. de plus que son congénère du côté opposé). Les téguments avaient une teinte violacée, les mouvements étaient gênés, la pression faiblement douloureuse, et surtout il y avait dans la nuit des douleurs spontanées.

« Un autre fait analogue a été signalé par le même auteur. Lucke en a rapporté deux de même nature, où les phalanges des orteils étaient affectées en même temps que celles des doigts ; Taylor, trois ; Scarenzio et Galassi un certain nombre aussi, dont plusieurs se rattachent à la syphilis héréditaire.

« Les influences capables de faire naître ces dispositions sont toutes celles qui amènent la débilitation générale, froid, humidité, habitations insalubres, mauvais régime, enfin tous les agents qui disposent à la syphilis osseuse : goutte, rhumatisme (mercurialistes et antimercurialistes). Fallope est le premier qui ait attribué au mercure les affections osseuses syphilitiques.

Adénite. — Si l'on recherche avec soin l'état des ganglions correspondant à la région malade, on voit que la plupart du temps ils ne sont pas modifiés. Cet examen doit être fait avec soin et l'on doit tenir compte surtout de l'existence possible de la diathèse scrofulo-tuberculeuse.

Les malades dont nous relatons les observations, n'offraient pas, pour la plupart, d'hypertrophie ganglionnaire généralisée.

De plus, les régions axillaires ou inguinales, suivant que le fémur ou l'humérus étaient pris, ne présentaient pas d'engorgement lymphatique.

Sans doute, nous n'ignorons pas que la syphilis détermine des modifications considérables du système lymphatique, mais elles portent à peu près indifféremment sur les divers points de cet appareil ganglionnaire.

L'adénite tertiaire des ganglions n'est que l'expression d'une infection générale depuis longtemps accomplie, et à ce point de vue, diffère par suite complètement de l'adénite localisée symptomatique d'une lésion tuberculeuse locale. Il est clair que l'on ne peut comparer l'ostéomyélite syphilitique aux formes locales d'ostéite tuberculeuse, qui tendent à infecter ultérieurement le reste de l'organisme, en suivant surtout la voie lymphatique.

Telle est du moins l'explication que nous proposons et qui nous paraît rendre compte de ce symptôme négatif. Nos faits ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions généraliser cette manière de voir.

Il nous paraît utile d'attirer l'attention des cliniciens sur ce point, complètement négligé dans les observations antérieures.

Il est permis de croire que c'est surtout dans les cas de syphilis acquise, tertiaire (le sujet n'étant ni tuberculeux, ni scrofuleux), que l'on pourra rechercher ce signe et lui accorder quelque valeur, s'il était fréquemment observé. Dans les cas de lésions osseuses héréditaires chez les jeunes sujets, l'existence assez fréquente d'un état strumeux ne permettra pas, sans doute, d'accorder une grande valeur au signe dont nous parlons.

Dans un travail publié dans les *Archives générales de médecine*, juin 1883, p. 679, M. Doyen, décrivant des altérations du système lymphatique ganglionnaire chez les enfants atteints de syphilis héréditaire, montre que dans quatre observations il y avait engorgement ganglionnaire dans des régions qui ne correspondaient pas du tout aux altérations des tissus. C'est ainsi que, l'intestin étant indemne, les ganglions mésentériques étaient volumineux, des ulcérations cutanées existant au scrotum, aux fesses, les altérations ganglionnaires siégeaient au cou.

Ces faits viennent à l'appui de notre manière de voir, puisqu'ils tendent à démontrer le défaut de corrélation entre les lésions cutanées, viscérales ou autres, d'une part, et d'autre part, les lésions de l'appareil lymphatique.

Ces dernières, contrairement à ce qui est admis par nombre d'auteurs, doivent être regardées, en pareille circonstance, comme primordiales, et non sous la dépendance d'une altération localisée.

Evolutions de la maladie. — Si nous jetons un coup d'œil rétrospectif sur l'allure clinique générale de la maladie, nous voyons qu'elle est essentiellement caractérisée par sa marche chronique, troublée quelquefois par des poussées plus ou moins aiguës.

Au phénomène subjectif douleur succède, au bout d'un temps variable, le gonflement, et plus tard encore l'ouverture du syphilome à l'extérieur, dans certains cas exceptionnels, surtout si le traitement spécifique n'a pas été mis en usage. Les orifices fistuleux ou l'ulcération ne donnait issue qu'à une faible quantité de sérosité purulente plus ou moins visqueuse, à des détritits jaunâtres et rarement à de petites parcelles osseuses.

La guérison peut survenir spontanément (Obs. IX, obs. IV), et mieux encore avec l'iodure.

On remarque la persistance du raccourcissement, s'il s'en produit un, ainsi que la persistance de l'hyperostose.

Pronostic. — Il serait donc relativement bénin, si des fractures spontanées, conséquences de désordres considérables des lésions viscérales ne venaient l'assombrir.

En parcourant les diverses observations suivies de nécropsie (Chiari, Gangolphe, Méricamp, etc.), nous relevons les données suivantes : sur vingt-trois cas, nous constatons que, par ordre de fréquence, le foie a été atteint huit fois, les reins huit fois, la rate six fois, les testicules et épидидymes deux fois, le cer-

véau deux fois, le poumon une fois et le corps thyroïde une fois. Nous n'avons pas de cas dans lesquels l'estomac, l'intestin, le système vasculaire, le cœur, la vessie, la prostate aient été le siège des désordres syphilitiques. Dans la plupart des cas, la mort paraît avoir été produite par des lésions viscérales.

Nous ne pouvons apprécier la mortalité moyenne chez les individus atteints d'ostéomyélite gommeuse. Elle est certainement moins considérable que ne paraît l'indiquer notre relevé ; cela tient sans doute au nombre assez grand de faits nécroscopiques intentionnellement réunis par les auteurs que nous avons cités. Il est une complication fâcheuse des lésions locales de cette maladie, nous voulons parler des fractures. A ce sujet, nous résumerons les idées contenues dans le mémoire de M. Gangolphe, p. 34.

« Il dit que si l'on peut, très vraisemblablement, rattacher à la cachexie temporaire, créée par une syphilis concomitante, le retard de consolidation d'une fracture, il est difficile de rapporter à une modification générale vague, mal définie, survenue dans la résistance, la densité du tissu osseux, la fracture qui se produit sous l'influence d'une cause insignifiante.

« Il ne nie pas que la syphilis puisse rendre le squelette plus fragile, et qu'un os présente, dans ce cas, une diminution de résistance de densité. Il prétend seulement que, chez les syphilitiques, le plupart des fractures, toujours dues à des causes insignifiantes, ne peuvent être la résultante d'une simple raréfaction du tissu osseux. »

Nous citerons sa conclusion, page 45 :

« La syphilis tertiaire rend les os plus fragiles par ses manifestations locales ; l'existence d'une atrophie, d'une raréfaction du squelette, est encore à démontrer.

« Aucun fait anatomo - pathologique n'établit l'existence d'une fracture par simple raréfaction, sans lésions localisées. »

Plus récemment, M. Charpy a publié un article sur la fragilité des os chez les syphilitiques. Des examens ont été pratiqués sur des pièces que lui avait fournies M. Gangolphe.

Nous lui laissons la parole :

« Le premier sujet que j'examinais n'était autre qu'un tertiaire avec lésions viscérales et des gommes dans le fémur et l'humérus. Le péroné était sain ; ce fut lui que je choisis, attendu que je venais de faire sur cet os une série de recherches au point de vue de la densité et de la ténacité, et que dès lors la comparaison était facile. Ce péroné se brisa à 100 kilogrammes, dans des conditions (rupture à la flexion, par pression d'un segment diaphysaire, de longueur déterminée) ou un péroné normal se brise vers 300 kilogrammes.

« Comme il s'agissait d'un homme de soixante ans et que ses os étaient assez gros, il faut le comparer avec la ténacité normale d'un sujet ordinaire équivalent, laquelle peut, à cet âge, s'abaisser à 200 et même un peu plus bas.

Il y avait donc une diminution d'environ cinquante pour cent dans la solidité du squelette. La densité de l'os, c'est-à-dire d'un segment complet avec sa moelle, était celle d'un os déjà sénile (1,50 au lieu de 1,60); et c'était justement cette sénilité prématurée du tissu osseux, gras, atrophique et raréfié, qui inspirait des doutes sur l'estimation exacte de sa fragilité.

« Quelque temps après, Gangolphe me remit les péronés d'un jeune homme de vingt ans qui offrait un ensemble complet de syphilis tertiaire, gomme des viscères, gommes articulaires... Ces péronés étaient parfaitement sains; rien au périoste, rien dans l'os qui fut ruginé, rien dans la moelle. La diaphyse se brisa à 175 kilogrammes. Pour s'assurer que l'ostéoclaste fonctionnait toujours bien, on essaya comparativement des péronés normaux qui se brisèrent à 300 kilogrammes. Il était donc évident que la ténacité de flexion était notablement diminuée. Du reste, les fragments obtenus se brisèrent facilement à leur tour avec les mains, et quand on s'en servit plus tard pour l'analyse chimique, ils se broyèrent et se pulvérisèrent comme du verre. »

M. Charpy n'a cependant pas trouvé de modifications physiques ou chimiques, sauf l'absence de fluorure de calcium.

M. le professeur Tripier a bien voulu nous fournir l'observation suivante, recueillie dans sa pratique privée, concernant une malade atteinte de fracture spontanée du fémur, consécutive à une ostéomyélite gommeuse. Il nous a paru d'autant plus important de

signaler ce fait, que la lésion s'est fait remarquer par son indolence extrême et peu en rapport avec son étendue. La consolidation s'est faite assez rapidement, du moment où un traitement spécifique énergique a été institué.

OBSERVATION XI

M^{me} C. . . , âgée de quarante-quatre ans, qui n'a jamais été traitée antérieurement que pour une névralgie sciatique du côté droit et jouit ordinairement d'une assez bonne santé. Pas d'antécédents syphilitiques avérés.

Le samedi, 24 mai 1884, dans la soirée, M. le professeur Léon Tripier est appelé en consultation par son confrère, le docteur Sibert, pour M^{me} C. . . , qui s'est cassée la cuisse, en marchant dans son magasin, sans avoir fait aucun effort.

A son arrivée, M. le professeur Tripier constate, en effet, une fracture à la partie moyenne et même un peu au-dessus, autant qu'il est permis d'en juger, vu l'épanchement sanguin énorme qui frappe tout d'abord et qui empêche les investigations. Le raccourcissement est de 12 à 15 centimètres. Le fragment inférieur fait saillie en haut et en dehors; la jambe et le pied sont en rotation en dehors, de telle sorte que la face dorsale du pied touche le lit.

On essaye tout d'abord de réduire, mais c'est de toute impossibilité. Toutefois, on est frappé du peu de sensibilité de la malade.

Comme on se trouvait à une heure avancée de la nuit, on se contente de mettre la malade dans une gouttière de Bonnet; on fait placer des compresses d'eau blanche sur la cuisse; enfin, on fait relever autant que possible la partie inférieure de la gouttière, afin de favoriser la circulation en retour.

Dès ce moment, on suppose qu'il s'agit, soit de la syphilis, soit d'un néoplasme (sarcome ou carcinome).

Vu le raccourcissement considérable, qui s'explique sans doute par le chevauchement, mais qui doit être imputé surtout à la perte de substance ; on compte, dans ce cas, employer la traction élastique sur roulettes.

Dès le lendemain, on place un appareil qui consiste dans des bandelettes de diachylon imbriquées sur un étrier de même substance, le tout faisant corps avec une gouttière dans laquelle on place le pied et qui peut se mouvoir sur une planchette. C'est autrement dit l'appareil de Volkmann. La corde, qui est attachée à l'étrier, passe sur une roulette fixée au pied du lit.

Grâce à la gouttière, on peut redresser le pied, remédier à la rotation en dehors, et par les tractions on empêche le chevauchement. On commence par placer 3 kilogrammes, afin de permettre à la malade de s'habituer. La contre-extension est faite avec un gros tube de caoutchouc, qui passe sur le pli de l'aîne et qu'on a soin de matelasser avec une forte couche de coton. Les deux extrémités du tube sont réunies à une corde, qui elle-même passe dans une autre poulie qui est placée à la tête du lit.

On interroge de nouveau la malade au point de vue de ses antécédents spécifiques ; impossible de rien apprendre.

On cherche alors du côté du bassin, également du côté de la racine de la cuisse, pour savoir si l'on trouve des tumeurs pouvant expliquer les douleurs sciatiques dont s'est toujours plainte la malade ; mais l'exploration ne donne aucun résultat positif au point de vue d'un néoplasme cancéreux.

Dans ces conditions, force est bien de se rabattre sur la syphilis ; par suite, on fait administrer à la malade de l'iodure de potassium.

Ce qui surprend surtout dans ce cas, c'est que la malade n'a jamais éprouvé de douleur, et cette insensibilité étonne d'autant plus qu'elle est très nerveuse. Pas de phénomènes prémonitoires. Notons encore que jamais on a pu obtenir de crépitation, même après l'application de l'appareil à traction.

M^{me} G... étant très pourvue en tissu adipeux, le sous-cuisse ne peut être toléré. Du reste, il fallait la sonder pour la faire uriner, et malgré toutes les précautions, survint de l'érythème, ce qui fut pour beaucoup dans l'intolérance signalée. Dès lors, on dut se contenter du poids du corps pour faire la contre-extension, ce qu'on obtint en dormant au lit une inclinaison suffisante.

Rien de bien particulier à signaler pendant les quinze ou vingt premiers jours ; pas de réaction inflammatoire appréciable, et toujours absence de douleur.

A ce moment, on commence à être étonné de ne pas trouver de diminution dans le volume du membre, et malgré soi on revient plus volontiers à l'idée d'un néoplasme.

Le 21 juin, la malade a éprouvé des troubles gastriques ; quant à l'état local, on ne trouve guère de changement, tant au point de vue du gonflement, qu'au point de vue de la mobilité toujours très considérable ; cependant celle-ci serait un peu moindre.

17 juillet. La tuméfaction est un peu moins considérable et donne une sensation de dureté plus grande. Autrement dit, il semble qu'il y ait un travail de consolidation commençant.

1^{er} août. Les bandes de diachylon ont amené de l'érythème, d'où des démangeaisons épouvantables. On se propose d'appliquer un grand bandage silicaté, comprenant tout le bassin et le membre inférieur, et c'est ce que l'on fait le lendemain.

6 août. Douleurs excessivement vives, surtout à la partie antéro-interne de la jambe et du genou. Comme c'est à ce niveau qu'il existait de l'érythème, on pratique une large fenêtre et on constate de la rougeur et de l'hyperesthésie très marquée de la peau ; le simple frôlement de la partie antérieure de la jambe amène des douleurs qui font crier la malade. Rien du côté de la fracture. Comme les règles viennent de se montrer, on pense qu'il faut mettre l'acuité de ces douleurs sur le compte de cet état.

Lavages avec la solution borique et pansement avec le lint boriqué. Injection hypodermique avec chlorhydrate de morphine.

8 août. Les douleurs de la jambe persistent. De plus, la malade se plaint d'un mal violent dans le bas-ventre, bien que ses règles aient cessé de couler. On insiste toujours sur la morphine, de façon à gagner du temps si c'est possible.

12 août. Les phénomènes précédemment indiqués continuent; on est obligé de couper le bandage et on replace la malade dans la gouttière de Bonnet.

13 août. Comme il y a toujours de la mobilité et que le membre se rétracte (raccourcissement manifeste), on remet l'appareil à traction. Toutefois, à cause de l'irritabilité de la peau, on emploie de la flanelle, dont les différents tours sont cousus ensemble. La partie supérieure de la cuisse et le bassin étant placés en contre-bas font la contre-extension.

15 septembre. L'appareil précédent a été maintenu pendant tout ce temps, Quand M. Tripier revoit la malade, il ne peut pas affirmer qu'il n'existe pas encore de la mobilité, car la malade est très grasse. Dans tous les cas, le cal est toujours volumineux, mais M^{me} C. . . peut soulever son membre, ce qui indique déjà un commencement sérieux de consolidation.

On fait suspendre les tractions, on place un bandage roulé qu'on conseille de renouveler tous les jours, en même temps qu'on prescrit des frictions excitantes.

30 septembre. La consolidation s'accuse de plus en plus et le cal paraît avoir diminué; cependant, il ne semble pas qu'il soit absolument solide.

A ce moment, on apprend que pendant toute la durée du traitement on n'a donné que de faibles doses d'iodure, soit à cause des troubles gastriques, soit que le médecin traitant doutât de l'efficacité de ce médicament dans un cas semblable.

A dater de ce moment, M. le docteur Sibert étant mort, M. le docteur Gironde fut chargé de voir habituellement la malade et l'obligea à prendre de 2 à 4 grammes d'iodure par jour.

7 octobre. On est obligé d'interrompre le traitement à cause d'un eczéma des cuisses. On emploie alors l'amidon mélangé à du bismuth; et à l'intérieur, de la liqueur de Fowler et les alcalins.

L'état s'amende et on se décide à faire faire un tuteur.

14 octobre. On place ce dernier, construit sur les indications de M. le professeur Tripier. Il présente comme particularité une large ceinture pelvienne avec articulation postérieure et un large cuissard, partant de l'extrémité inférieure de la cuisse pour remonter jusqu'au pli de l'aîne.

De cette façon, on immobilise la région malade en même temps qu'on établit une compression qui ne peut être que favorable au point de vue de la tuméfaction du cal; mais alors on a eu soin de placer au préalable une chaussette en peau de chien partant des orteils et remontant jusqu'au genou.

22 octobre. Jusqu'à ce jour la malade n'a pas encore mis le pied par terre: Il semble que le cal soit un peu diminué de volume. On fait transporter M^{me} C. . . sur une chaise longue.

28 octobre. — Le cal semble s'effacer de plus en plus sous l'effet de la pression exercée par le cuissard.

10 novembre. C'est seulement à ce moment qu'on commence à faire marcher la malade avec des béquilles.

31 décembre. — L'état local est de plus en plus satisfaisant; marche facile.

Raccourcissement qu'on peut évaluer à 4 cent. et qui tient vraisemblablement à la perte de substance due au néoplasme (gomme). Pendant les trois derniers mois, la malade a pris de 3 et 4 grammes d'iodure de potassium.

Dans les premiers mois de l'année 1885, M. le professeur Tripier n'a pas eu l'occasion de revoir la malade, qui peu à peu s'est débarrassée de ses béquilles, lesquelles ont été remplacées par deux cannes, puis, par une seule.

16 mai. — Le raccourcissement est toujours de 4 centimètres, le cal est encore assez volumineux (on trouve 56 centimètres de périmètre), mais il paraît solide, le genou est raide. On conseille les frictions, massages, mouvements imprimés en continuant toujours l'iodure de potassium.

5 juin. — Le périmètre est tombé à 54 centimètres. Mobilité plus grande du côté de l'articulation du genou. On envoie la malade aux eaux d'Aix. A son retour, M. le professeur L. Tripier, qui a eu l'occasion de la revoir, trouve son état encore amélioré et constate une diminution de 2 centimètres pour le périmètre qui n'est plus qu'à 52 centimètres.

19 juillet. — Nous apprenons, au dernier moment, que M^{me} C.... vient de se faire une nouvelle fracture spontanée à quelques centimètres au-dessous de la première.

Diagnostic différentiel. — Dans un très grand nombre de circonstances, le chirurgien est appelé à établir un diagnostic, alors que les renseignements, les signes caractéristiques de l'infection font totalement défaut. L'analyse attentive des phénomènes permettra cependant d'arriver à la notion exacte de la nature des lésions.

On peut confondre l'ostéomyélite gommeuse avec un certain nombre de processus pathologiques affectant une marche chronique s'accompagnant de douleurs, de tuméfactions osseuses, et dans certains cas, de fractures spontanées.

Des diverses maladies qui présentent un tel appareil symptomatique, il nous semble que les sarcomes des os, l'ostéite tuberculeuse, l'ostéomyélite infectieuse à forme prolongée tiennent le premier rang. Nous examinerons donc successivement les traits distinctifs de chacune de ces affections.

Ostéosarcome. — Les ostéosarcomes peuvent se développer primitivement à la périphérie de la diaphyse, dans le périoste, soit profondément dans le canal médullaire ; sarcomes centraux.

De ces deux variétés de lésions, la deuxième sur-

tout est susceptible de prêter à la confusion. A leur période de début, les néoplasies médullaires sarcomateuses provoquent des douleurs offrant une acuité variable, mais qui n'ont rien de caractéristique.

Dans cette affection, il est exceptionnel d'observer la suppuration, la production de séquestres ; si nous ajoutons que la fracture spontanée est la conséquence forcée de l'altération progressive de la coque diaphysaire, nous aurons montré les divers côtés symptomatiques par lesquels le sarcome touché à l'ostéomyélite gommeuse.

D'une manière générale, on peut dire cependant que le diagnostic différentiel peut être assez facilement établi.

1° L'allure générale du sarcome est rapide, la douleur est suivie à bref délai (quelques semaines ; au plus, quelques mois), de l'apparition de la tuméfaction. Si l'on examine la région malade, on constate une sensibilité pathologique à la pression et dans la plupart des cas, il n'y a pas de douleurs disséminées sur d'autres parties du squelette.

2° Le gonflement présente des caractères de mollesse, de fausse fluctuation propres au sarcome ; il augmente rapidement et détermine une déformation telle de la région, qu'il n'y a plus d'hésitation possible. Si l'on se rappelle la longue période médicale de l'ostéomyélite gommeuse, la dissémination fréquemment signalée des lésions, leur indolence à la pression, le développement lent d'une hyperostose dure à surface, irrégulière, ostéophytique, on verra qu'il est habituellement facile de différencier ces

deux maladies. Mais il est une complication qui leur est commune, dont le clinicien ne peut, dans certaines circonstances, reconnaître que très difficilement la cause pathologique : nous faisons allusion aux fractures spontanées.

Dans le sarcome, le néoplasme détruit peu à peu, en la refoulant, la coque de tissu compact qui l'entoure ; dans l'ostéomyélite gommeuse, à forme diffuse, les traînées serpigneuses envahissent l'os nouveau, le trouent en divers sens et déterminent de cette façon des fractures pathologiques. Il est certain que si, dans ces dernières circonstances, la fracture a été précédée de douleurs de longue durée, éloignant tout à fait l'idée d'une tumeur maligne, il ne s'agit pas là d'un symptôme absolument constant.

Si l'on examine la fracture peu d'instants après sa production, l'épanchement sanguin, la tuméfaction des parties molles empêchent une exploration minutieuse de l'os. Aussi, est-ce bien plutôt dans les quelques jours qui suivront, que le diagnostic pourra être posé.

La syphilis est-elle en cause ? La tuméfaction n'augmentera guère, tendra plutôt à diminuer lentement, si aucun traitement spécifique n'est mis en usage, avec une rapidité souvent remarquable, si l'iodure est administré. Au contraire, la fracture produite par une tumeur est suivie d'un développement plus rapide de cette dernière, qui peut s'étendre et s'accroître à son aise.

Plus tard encore, après une période de quarante à cinquante jours en moyenne, si l'on a affaire à un

syphilome, on verra la consolidation s'établir si les lésions n'étaient pas trop avancées. La guérison est la règle dans les fractures reconnaissant la syphilis pour cause, si le diagnostic est fait et le traitement spécifique mis en usage ; elle n'existe pas dans le cas de sarcome. A vrai dire, on a pu observer des consolidations momentanées imparfaites, mais, de l'avis de la majeure partie des chirurgiens, il n'existe pas d'exemple de guérison de quelque durée. Telle est l'opinion qui a été formulée par MM. les professeurs Tirélat, et Verneuil dans une discussion à la Société de chirurgie (1) à l'occasion d'une observation communiquée par M. Humbert. Nous estimons sans vouloir l'affirmer, que l'on pourrait ranger à côté des hypothèses émises, quant à la nature de l'affection présentée par ce malade, l'idée d'une ostéomyélite gommeuse.

Ostéite tuberculeuse. — La tuberculose osseuse peut se présenter à l'observateur sous des aspects bien différents.

Affectant d'une manière générale une forme chronique, elle peut, dans certains cas jusqu'ici exceptionnels, signalés surtout par Koenig, revêtir une allure aiguë analogue à celle de l'ostéomyélite infectieuse. C'est surtout le premier de ces deux modes d'évolution qui peut offrir quelque ressemblance avec la marche clinique de l'ostéomyélite gommeuse.

Les auteurs classiques décrivent d'habitude trois

(1) Lire *Bulletin de la Société de chirurgie*, mars 1885.

périodes de l'ostéite tuberculeuse : une période de début caractérisée par des douleurs, gêne des mouvements, tuméfaction de la région malade ; une deuxième période (période d'état), dans laquelle surviennent les abcès dits ossifluents, des décollements sous-cutanés, la production de trajets fistuleux, etc., et enfin une période terminale dans laquelle on voit, ou bien les lésions locales s'aggraver (nouveaux abcès, formation de séquestre), ou bien sous l'influence d'une amélioration de l'état général tendre à la guérison. Des divers détails notés dans cet appareil symptomatique, il en est toute une série, on pourrait dire le plus grand nombre, qui ne se sont jamais offerts à notre observation dans les cas d'ostéomyélite gommeuse.

Rien dans nos observations ne rappelle ces vastes abcès froids ossifluents, ces fistules interminables, les trajets fongueux, les nécroses quelquefois étendues.

Ce n'est que dans la période de début, alors que la lésion tuberculeuse siège profondément, détermine des douleurs et une hypérostose de voisinage, que l'erreur peut être possible.

Toutefois, la douleur est toujours nettement localisée, très souvent exagérée par la pression ou la percussion avec le doigt. A ce moment, l'examen des ganglions correspondants à la région atteinte peut-être des plus utiles ; nous les avons trouvés augmentés de volume quand il s'agissait de lésions tuberculeuses ; ils n'étaient pas hypertrophiés chez nos syphilitiques. Nous avons dit ce que nous pensions de la

valeur de ce signe, nous ne pouvons l'appuyer sur un grand nombre d'observations, mais nous tenions à le signaler.

La dactylite syphilitique pourrait être confondue avec l'affection tuberculeuse connue sous le nom de spina-ventosa. Mais tandis que dans le premier cas l'os, primitivement augmenté de volume, diminue ensuite, puis disparaît en partie (fait de Berg)(1), sans qu'il y ait production de pus, trajet fistuleux et issue de séquestre ; dans le second cas, à part l'existence constante de ces lésions, on note assez fréquemment le développement de nodules tuberculeux dans les lymphatiques efférents, l'hypertrophie et même la suppuration des ganglions correspondants.

Nous n'insisterons pas sur les renseignements encore plus précis que peut fournir l'examen histologique des fongosités ou des tissus malades, au point de vue de la constatation du bacille de Kock ou du follicule tuberculeux.

L'inoculation serait un moyen efficace, mais véritablement trop lent pour s'assurer la nature des lésions : ce sont plutôt là des procédés de laboratoire que des moyens d'investigation clinique.

Ostéomyélite infectieuse à forme prolongée. — Il serait fastidieux de tracer comparativement les caractères des formes aiguës de l'ostéomyélite infectieuse et ceux de l'ostéomyélite gommeuse ; ils n'offrent aucune analogie ; mais un foyer de la première de ces deux

(1) *Dictionnaire encyclopédique*, t. XIV, p. 343.

formes peut s'éteindre, sommeiller pendant de longues années pour, finalement, donner lieu à une poussée inflammatoire subaiguë. En pareil cas, si les renseignements font défaut, l'existence de douleurs plus ou moins vives, durant une période assez longue, l'hyperostose souvent notable de la région malade peuvent faire songer à un processus syphilitique. On écartera cette idée, en tenant compte surtout de l'existence de suppuration antérieure et d'issue de séquestre. Ce sont là les principaux faits distinctifs.

L'observation que nous devons à l'obligeance de M. Françon (clinique de M. L. Tripier), est des plus intéressante étant donné que le même sujet présentait deux lésions osseuses, de nature bien différente.

Traitement. — La tendance marquée à la guérison que présente l'ostéomyélite gommeuse, comme l'absence constante de pus et de séquestre contraindique d'une manière générale toute intervention chirurgicale. L'administration de l'iodure de potassium ou d'un traitement mixte dans les cas récents donne les meilleurs résultats. On voit sous leur influence des ulcérations étendues, des désordres de date ancienne disparaître très rapidement.

S'agit-il d'une ostéomyélite gommeuse compliquée de fracture, la consolidation se fait le plus souvent, quoique assez lentement. Le cal volumineux diminue progressivement, mais il ne faut pas s'attendre à un résultat orthopédique à peu près parfait, à cause de la persistance du raccourcissement tenant à la perte de substance osseuse déterminée par le syphi-

lome. Aussi, l'extension nous paraît-elle devoir être faite avec modération, si l'on veut éviter toute chance de pseudarthrose.

Dans certaines circonstances, le chirurgien peut être autorisé à intervenir lorsque des douleurs pénibles, persistantes ne disparaissent pas par l'administration du traitement spécifique.

M. le professeur Ollier a retiré un grand avantage de l'application de deux couronnes de trépan sur la région douloureuse. Ainsi qu'on le voit dans l'observation suivante, les douleurs disparurent totalement après l'opération, bien que la malade ait suspendu pendant quelque temps l'emploi de l'iodure de potassium.

OBSERVATION XII

Syphilis tertiaire, Ostéomyélite gommeuse du tibia gauche.

M^{me} X..., trente-cinq ans, mariée à l'âge de vingt-deux ans, aurait eu dans les années qui suivirent deux fausses couches : la première à trois mois, la seconde à six mois. Une troisième grossesse parvint jusqu'à son terme normal ; l'enfant vécut seulement quelques jours. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, cette malade aurait accouché plus tard d'un enfant actuellement vivant. L'infection syphilitique remonterait à l'époque du mariage. La malade aurait alors présenté des manifestations spécifiques du côté de la peau, du cuir chevelu et du pharynx. Il y a quatre ans, douleurs dans le membre inférieur gauche et surtout au niveau du tibia. Présentant une acuité très grande à certains moments, elles se sont accompagnées d'un gonflement progressif, lent. Malgré l'emploi réitéré de l'iodure, ces douleurs n'ont

pas disparu complètement. Au moment où on l'examine (mars 1885), on constate une hyperostose siégeant à la partie moyenne du tibia gauche, s'étendant sur une hauteur de 7 à 8 centimètres et donnant à peu près 1 cent. $\frac{1}{2}$ de plus au périmètre du membre pris à ce niveau. La peau, légèrement violacée, est mobile; on sent au-dessous d'elle des irrégularités à la surface de l'hyperostose; jamais de pus. Pas de douleur à la pression, bien qu'elle existe spontanément à un degré tel que M. le professeur Ollier se décide à pratiquer deux trépanations. On constata l'existence d'une couche gommeuse jaunâtre sous-périostique, de porosités, de vermineuses, et dans l'intérieur du canal médullaire, d'un tissu fibro-caséux. Ni pus, ni séquestre. Suites simples; soulagement immédiat et persistant au moment même où nous écrivons, malgré la cessation de l'iodure.

CONCLUSIONS

Des faits anatomo-pathologiques et cliniques exposés précédemment, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Aux caractères anatomo-pathologiques de l'ostéomyélite gommeuse correspondent des symptômes cliniques spéciaux ; ce sont : 1° la rareté extrême de la suppuration ; 2° l'existence exceptionnelle de nécrose étendue, de séquestres notables.

Ces deux signes nous paraissent plus encore que le phénomène douleur, le gonflement (anciennement notés), caractériser la maladie que nous étudions.

2° L'absence d'adénite secondaire à l'affection osseuse constituerait peut-être un signe de quelque valeur, s'il était recherché et noté dans de nouvelles observations.

3° Considérées au point de vue de leur évolution, les lésions gommeuses des os longs paraissent plutôt débiter par les parties centrales, le canal médullaire,

pour envahir consécutivement la coque diaphysaire et les parties molles avoisinantes. Elles sont remarquables par leur tendance à la guérison spontanée.

4° Le pronostic, généralement bénin, est cependant aggravé dans certains cas par des lésions viscérales ou des fractures pathologiques.

5° Ces dernières reconnaîtraient le plus souvent pour cause une lésion localisée ; cependant, l'expérience démontre que les os de syphilitiques tertiaires présentent une fragilité évidente. Jusqu'à présent, aucun fait anatomo-pathologique n'a démontré l'existence d'une fracture spontanée sans altération gommeuse. D'une manière générale, ces fractures guérissent assez facilement, grâce au traitement spécifique.

6° Il est exceptionnel que le chirurgien ait à intervenir, le traitement médical suffisant dans la plupart des cas. Cependant, si les douleurs trop violentes persistaient, on pourrait, avec avantage, pratiquer la trépanation, en s'entourant des plus grandes précautions antiseptiques.

VU BON A IMPRIMER :

Le Président de la Thèse
OLLIER.

Vu : *Le Doyen,*
LORTET.

PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
EM. CHARLES.

